

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN HASTALARIN
MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ:
ERZİNCAN İLİ ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Senanur KILIÇ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hümevra SADAKLIOĞLU

Şubat 2026, Erzincan

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

“Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği **“Yüksek Lisans”** tezim tarafımda incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim. Bu çalışmada ki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim.

Senanur KILIÇ



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Ana Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Program Adı :Tezli Yüksek Lisans

Tez Başlığı :Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların
Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının a) Giriş b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan (Kapak, Ön söz, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) toplam 89 sayfalık kısmına ilişkin 07/01/2026 tarihinde **Turnitin** intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre tezin benzerlik oranı %14'tür.

Filtrelemeye tırnak içerisindeki alıntılar dahil edilmiştir. Filtrelemede yedi (7) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç tutulmuştur.

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez İntihal Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edilmesi durumunda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 02/02/2026

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra SADAKLIOĞLU **Öğrenci:** Senanur KILIÇ

KILAVUZA UYGUNLUK

“Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği başlıklı Yüksek Lisans Tezi Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan

Senanur KILIÇ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra SADAKLIOĞLU



KABUL VE ONAY TUTANAĞI

Dr. Öğr. Üyesi Hümeýra SADAKLIOĞLU danışmanlığında **Senanur KILIÇ** tarafından hazırlanan “**Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı **Yüksek Lisans** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

02/02/2026

JÜRİ:

Danışman :Dr. Öğr. Üyesi Hümeýra SADAKLIOĞLU

Üye :Doç. Dr. Murat KONCA

Üye :Doç. Dr. Serkan DEMİRDÖĞEN

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun ... /.../2026 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... /...../2026

Doç. Dr. Müge MANGA

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmanın hazırlanması sürecinde bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, her aşamada sabır ve anlayışla desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra SADAKLIOĞLU hocama, çalışmanın yürütülmesine ve verilerin toplanmasına yardımcı olan Evde Sağlık Hizmetleri birimine, eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen kıymetli aileme, bu sürecin her aşamasında sabır ve anlayışla yanımda olan arkadaşlarıma ayrıca moral kaynağım olan yeğenlerim Aymira ve Kutay’a sonsuz teşekkür ederim.

Senanur KILIÇ



EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: ERZİNCAN İLİ ÖRNEĞİ

Senanur KILIÇ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi,

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Şubat,2026

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra SADAKLIOĞLU

ÖZET

2000’li yılların başından itibaren tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de Evde Sağlık Hizmetleri konusunda önemli gelişmeler ve ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu durumu önemli kılan en önemli faktör yaşlı nüfusundaki artışa paralel olarak artan sağlık ve bakım ihtiyacı olmuştur. ESH’nin hizmet yapısı gereği hastane dışında evde sunuluyor olması, sunulan hizmetin denetimini zorlaştırmakta ve hizmeti dezavantajlı hale getirmektedir. Dezavantajlı durumları ortadan kaldırmak için hizmet sürecinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi hizmet kalitesi açısından önemlidir.

Bu çalışma ile Erzincan ilinde ESH alan hastaların sunulan hizmetten duydukları memnuniyet düzeyinin ölçülmesiyle elde edilen bulgularla değerlendirme yapmak ve elde edilen sonuçları olumlu etkileyebilecek çözüm önerileri sunmak amaçlanmaktadır. Araştırma verileri, Erzincan il merkezi ve ilçelerinde evde sağlık bakım hizmetini aktif olarak alan toplam 258 hasta üzerinde toplanarak 118’ine yüz yüze, 140’ına ise telefon görüşmesi ile anket uygulanmıştır. Sonuç olarak hizmetin evde verilmesi hizmet sürecinde hasta yakınlarını da sürecin önemli parçası haline getirmektedir. Süreç içerisindeki iletişim, mahremiyet, çalışan güvenliği ve sürecin uzunluğu vb. yıpratıcı olması hasta memnuniyetini düşürecektir. Personel kaynaklı memnuniyetsizlik düzeyinin %13,2 olduğu görülmektedir. Bu konuda memnuniyet düzeyinin artırılması için personelin iletişim eğitimleriyle ve motivasyon unsurlarıyla desteklemesi gerekmektedir. Hasta yakınlarının da sürecin bir parçası olmaları nedeniyle sürecin başarısında doğrudan etkilerinin olduğu konusunda bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Hasta, Memnuniyet

DETERMINING THE SATISFACTION LEVELS OF PATIENTS BENEFITING FROM HOME HEALTH CARE SERVICES: A CASE OF ERZİNCAN PROVINCE

Senanur KILIÇ

Erzincan Binali Yıldırım University

Graduate School of Social Sciences

Master Thesis/, February, 2026

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Hümeyra SADAKLIOĞLU

ABSTRACT

Since the early 2000s, significant developments and progress have been made in home healthcare services (HHS) in our country, as in the rest of the world. The most important factor that makes this situation noteworthy is the increasing demand for healthcare and caregiving in parallel with the rise in the elderly population. Due to the structure of HHS, which is provided at home rather than in hospitals, the monitoring of the service becomes challenging, making it a disadvantageous situation. In order to eliminate these disadvantages, measuring patient satisfaction during the service process is crucial for ensuring service quality.

This study aims to evaluate the findings obtained by measuring the satisfaction level of patients receiving HHS in Erzincan province and to propose solutions that may positively influence the outcomes. Research data were collected from a total of 258 patients actively receiving home health care in the city center and districts of Erzincan. Among these, 118 participants were surveyed through face-to-face interviews, while 140 were contacted via telephone. As a result, the fact that the service is provided at home makes patient relatives an important part of the process. Factors such as communication during the process, privacy, staff safety, and the prolonged nature of the process, which can be exhausting, may reduce patient satisfaction. It was observed that dissatisfaction related to personnel accounted for 13.2%. To increase satisfaction levels in this regard, personnel should be supported with communication training and motivational elements. Additionally, since patient relatives are part of the process, they should be informed and supported about their direct impact on the success of the process.

Keywords: Home Healthcare Services, Patient, Satisfaction

İÇİNDEKİLER

EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: ERZİNCAN İLİ ÖRNEĞİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
TEZ ÖZGÜNLÜK SAYFASI	ii
KILAVUZA UYGUNLUK	iii
KABUL VE ONAY TUTANAĞI	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Evde Sağlık Hizmetleri.....	3
1.2. Tarihsel Gelişim.....	7
1.3. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri	8
1.3.1. Almanya Evde Sağlık Hizmetleri	9
1.3.2. Amerika Evde Sağlık Hizmetleri	9
1.3.3. Avustralya Evde Sağlık Hizmetleri	10
1.3.4. Çin Evde Sağlık Hizmetleri	10
1.3.5. İsrail Evde Sağlık Hizmetleri.....	11
1.3.6. İsveç Evde Sağlık Hizmetleri	11

1.3.7. İtalya Evde Sağlık Hizmetleri.....	11
1.3.8. Japonya Evde Sağlık Hizmetleri.....	12
1.3.9. Kanada Evde Sağlık Hizmetleri.....	12
1.3.10. Suudi Arabistan Evde Sağlık Hizmetleri	13
1.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	13
1.4.1. Tarihsel Gelişimi	13
1.4.2. Hizmet Kapsamı	15
1.4.3. Hizmet Finansmanı	17
1.4.4. Organizasyon Yapısı	17
1.4.5. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Süreci.....	19
1.4.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi	20
1.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantaj ve Dezavantajları	22
1.5.1 Avantajları	22
1.5.2. Dezavantajları	23

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı	25
2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi	27
2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	29
2.3.1. Hastaya Yönelik Faktörler	29
2.3.1.1. Yaş ve Cinsiyet	29
2.3.1.2. Eğitim Durumu.....	30
2.3.1.3. Hastanede Kalış Süresi	30
2.3.1.4. Sosyal Güvence	31
2.3.2. Sağlık Kuruluşuna Yönelik Faktörler	31
2.3.2.1.Hasta-Hekim İlişkisi.....	31
2.3.2.2. Hasta-Hemşire İlişkisi	32
2.3.2.3. Bilgilendirme.....	33
2.3.2.4. Beslenme ve Temizlik Hizmetleri	33
2.3.2.5. Güven	34

2.3.2.6. Ücret	34
2.3.2.7. Bürokrasi	35
2.3.2.8.Hasta Mahremiyeti	35
2.3.3.Hizmete Erişebilirlik ve Çevresel Faktörler	35
2.3.3.1.Hizmete Ulaşılabilirlik	35
2.3.3.2.Bekleme Süresi.....	36
2.3.3.3.Coğrafi Erişim	36
2.3.3.4.Fiziksel Çevre Koşulları	36
2.3.3.5.Donanım ve Teknik Olanaklar.....	37
2.4. Evde Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti	37
2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Boyutları	38
2.5.1.Erişilebilirlik Boyutu	38
2.5.2.Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyeti Boyutu.....	38
2.5.3.Tedavi ve Takip Süreci Boyutu	39
2.5.4. Sağlık Personelinin Davranış Boyutu	40
2.6. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü	40
2.6.1. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri	41
2.6.1.1. Kalitatif (Nitel) Araştırma Yöntemleri.....	42
2.6.1.2. Kantitatif (Nicel) Araştırma Yöntemleri	43

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	45
3.2. Literatür Taraması, Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	45
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	50
3.4. Araştırmanın Yöntemi	50
3.4.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	50
3.4.2. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	51
3.5. Bulgular	52
3.5.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	52

3.5.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	56
3.5.2.1. Normallik Analizi	56
3.5.2.2. Açıklayıcı Faktör Analizi	57
3.5.2.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi	60
3.5.2.4. Güvenilirlik Analizi	63
3.5.3. Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistik Analizi	66
3.5.4. Hipotezlerin Test Edilmesi	69
3.5.4.1. Korelasyon Analizi	70
3.5.4.2. Demografik Verilerin Analizi	72
3.5.4.2.1. Bağımsız Örneklem T-Testi	72
3.5.4.2.2. Tek yönlü Varyans (Anova) Testi	75
SONUÇ VE ÖNERİLER	83
KAYNAKÇA	92
EKLER	106
ÖZ GEÇMİŞ	111

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ESH	:Evde Sağlık Hizmetleri
ESKOM	:Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
EMD	:Erişilebilirlik Memnuniyet Durumu
ESHAKMD	:Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Memnuniyet Durumu
TTSMD	:Tedavi ve Takip Süreci ile İlgili Memnuniyet Durumu
SPDMD	:Sağlık Personeli Davranışı ile İlgili Memnuniyet Durumu
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
MD	:Memnuniyet Derecesi
İ.Ö	:Evde Sağlık Hizmetinde İlgilenilmeme ve Sağlığın Önemsenmeme Durumu
İ.Ö1	:Evde Sağlık Hizmetinde İlgilenilmeme ve Sağlığın Önemsenmeme Durumunun Sebebi
AFA	:Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	:Doğrulayıcı Faktör Analizi
KMO	:Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği İstatistiği
HM	:Hasta Memnuniyeti

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: ESH Hizmet Kapsamı.....	5
Tablo 2.1: Hastada Oluşan Beklenti Aşamaları	26
Tablo 3.1: Demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	52
Tablo 3.2: Katılımcıların Evde Sağlık Hizmeti Alma Sebepleri.....	55
Tablo 3.3: Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Normallik Testi.....	56
Tablo 3.4: Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi	57
Tablo 3.5: DFA Uyum İyiliği İndeksleri ve Normal Değerleri.....	60
Tablo 3.6: Hasta Memnuniyeti Ölçeği DFA Uyum İyiliği İndeksleri.....	61
Tablo 3.7: Hasta Memnuniyet Ölçeğine İlişkin İkinci Düzey DFA Sonuçları.....	63
Tablo 3.8: Hasta Memnuniyeti Ölçeği Güvenilirlik Analizi.....	64
Tablo 3.9: Katılımcıların Hasta Memnuniyet Ölçeğindeki İfadeler Verdikleri Puan Ortalamaları.....	66
Tablo 3.10: Korelasyon Analizi Verileri	70
Tablo 3.11: Cinsiyete Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları.....	72
Tablo 3.12: Sosyal Güvenceye Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları	73
Tablo 3.13: Sağlık Personelinin İlgi ve Önem Derecesine Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Bulguları	73
Tablo 3.14: Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Analiz Bulguları	76
Tablo 3.15: Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi Bulguları....	79
Tablo 3.16: Hizmet Alma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Bulguları	81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Türkiye ESH Organizasyon Yapısı	18
Şekil 1.2: ESH İl Teşkilat Yapısı	19
Şekil 1.3: ESH Algoritması	21
Şekil 2.1: Hasta Memnuniyet Süreci.....	27
Şekil 3.1: Araştırmanın Modeli	49
Şekil 3.2: Hasta Memnuniyeti Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	61



GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, toplumun yaşam standartlarını yükseltmeyi, ortalama yaşam süresini uzatmayı ve hastalık yükünü azaltmayı amaçlayan temel bir hak ve kamu hizmetidir. Bu çerçevede, değişen demografik ve epidemiyolojik yapı sağlık hizmetlerinin önemini her zamankinden daha görünür kılmaktadır. Günümüzde yaşlı nüfusun giderek artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın çoğalması, sağlık sistemlerinin sürekli olarak geliştirilmesini zorunlu hale getirmektedir. Bu gereklilik doğrultusunda, sağlık hizmetlerinde alternatif hizmet modelleri geliştirilmiştir. Bu modellerden biri de bireylerin kendi ev ortamında sağlık hizmeti alabilmesine imkân tanıyan evde sağlık hizmetleridir. Evde sağlık hizmetleri, farklı sağlık sorunlarına sahip bireylerin ihtiyaç duyduğu bakımı ev konforunda alabilmesini sağlamakta; aynı zamanda hem hastalara hem de hasta yakınlarına psikolojik, sosyal ve ekonomik avantajlar sunmaktadır. Hizmetin sahip olduğu bu çok yönlü yararlar, evde sağlık hizmetlerinin önemini ve kapsamını her geçen gün artırmaktadır (Kaplan vd., 2025).

Sağlık hizmetlerinin başarısı yalnızca sunulan hizmetin kalitesiyle değil, aynı zamanda hastaların memnuniyet düzeyleriyle de değerlendirilmektedir. Hasta memnuniyeti, hizmetlerin verimliliğini, etkinliğini ve sürdürülebilirliğini ortaya koyan kritik bir göstergedir (Vural vd., 2025). Bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve planlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle hassas bir hasta grubuna hitap eden evde sağlık hizmetlerinde memnuniyetin düzenli olarak ölçülmesi, hizmetin niteliğinin artırılmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Hastaların ihtiyaç ve beklentilerine daha etkili bir şekilde karşılık verilebilmesi, hizmet sürecinin daha verimli planlanabilmesi ve bireylerin ihtiyaç duydukları bakım ve hizmete daha yüksek kalitede erişebilmesi için memnuniyet düzeylerinin sistematik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Literatürde evde sağlık hizmetlerine yönelik hasta memnuniyetini ölçmeye odaklanan çalışmalar sayıca sınırlıdır. Bu doğrultuda, mevcut çalışma ile evde sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeylerinin sistematik biçimde ortaya konulması amaçlanmaktadır. Ayrıca, elde edilen bulguların mevcut durumun tespitine katkı

sunmasının yanı sıra hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik somut öneriler geliştirilmesine de zemin hazırlaması hedeflenmektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri, günlük yaşam aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyan, kronik veya ağır hastalıkları nedeniyle sağlık kuruluşlarına ulaşmada güçlük çeken bireylere, profesyonel sağlık ekipleri tarafından ev ortamında muayene, inceleme, tahlil, tetkik ve tedavi hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmaktadır (Göktepe vd., 2024). Sağlık Bakanlığı (2023) ise evde sağlık hizmetlerini; “Tanısı konulmuş hastalıklar sebebiyle yatağa, cihaza veya eve bağımlı bireylere, yaşamını sürdürdüğü mekânda yapılması mümkün olan tıbbi hizmet” şeklinde ifade etmektedir. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri, genel bir yaklaşımla, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra kendi evlerinde aldıkları sağlık hizmetlerinin, hastane hizmetlerinin bir uzantısı olarak da değerlendirilmesi mümkündür (Bawa ve Sinha, 2023).

Literatürde, evde sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri kavramları zaman zaman birbirinin yerine kullanılmakla birlikte, kapsam açısından farklılık göstermektedir. Evde sağlık hizmetleri, ev ortamında verilen tüm tıbbi hizmetleri kapsamı yönüyle evde bakım hizmetlerinin bir alt bileşenidir. Buna karşılık, evde bakım hizmetleri; bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri için gerekli olan tıbbi ve sosyal hizmetlerin bir arada sunulması bakımından daha kapsamlı bir yapıya sahiptir (Çayır, 2020). Bu kapsam farklılığından ötürü, son yıllarda iki kavramın birbiri yerine kullanılmadığı görülmektedir. Türkiye’de bu ayrım kurumsal olarak da belirgindir; evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından, evde bakım hizmetleri ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sunulmaktadır (Özkan ve Aca, 2021).

Evde sağlık hizmetleri, hastaların alışkın oldukları ev ortamında genel sağlık durumlarını iyileştirmek ve korumak amacıyla sunulan çeşitli hizmetler ile tıbbi

ekipmanları kapsamaktadır. Bu hizmetler, öncelikle aile hekimleri ve hastanelerin evde sağlık birimleri tarafından organize edilmekte olup, ev ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık da dahil olmak üzere kapsamlı şekilde muayene, tahlil, tedavi, takip, kontrol ve rehabilitasyon uygulamalarını içermektedir (Yurtsever vd., 2024). Bu yönüyle evde sağlık hizmetleri, hastaneden eve sağlık hizmeti sürekliliğinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmekte ve aynı zamanda hastanede yatış süresini ile hizmet maliyetlerini azaltan, hastaneye yeniden başvuru oranlarını en aza indiren stratejik bir yaklaşım olarak görülmektedir (Siclovan vd., 2021).

Modern sağlık hizmeti anlayışı çerçevesinde, evde sağlık hizmetleri özellikle gelişmiş toplumlarda bireysel yaşam tarzlarının ve artan yaşam süresinin gerektirdiği ihtiyaçlara yanıt verebilen en verimli yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir (Khodabandeh vd., 2021). Bu yaklaşımın temel hedefi, bakım gereksinimi olan bireylerin ev ortamında yaşam kalitelerini ve bağımsızlıklarını koruyabilmeleri için ihtiyaç duydukları hizmetleri sunmaktır (Gupta ve Randhawa, 2023).

Evde sağlık hizmetleri ile ulaşılmak istenen amaçlar arasında; hastanede yatış süresinin kısaltılması, bu sürenin azalmasıyla enfeksiyon riskinin en aza indirilmesi, yatak devir hızının artırılması, sağlık kuruluşlarında gereksiz yoğunlukların önlenmesi ve hastaların gereksinim duydukları sağlık hizmetini ev ortamında alarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesi yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık harcamalarının en aza indirilmesi de önemli bir hedef olarak öne çıkmaktadır (Doğan Merih vd., 2021). Genel olarak, evde sağlık hizmetlerinin temel amacı; tedavi, izlem, kontrol, destek, rehabilitasyon ve iyileşme ihtiyacı duyan tüm bireylerin ev konforunda profesyonel ekipler aracılığıyla nitelikli sağlık hizmeti alabilmelerini sağlamaktır (Jin, 2023).

Son yıllarda yaşlı nüfusta meydana gelen artışa paralel olarak kronik ve dejeneratif hastalıkların sıklığının yükselmesi, kanser vakalarındaki artış, yatağa bağımlılık ve engellilik durumları, ev ortamında güven duygusunun yüksek olması, ev ortamının hastalarda yarattığı olumlu psikolojik etkiler, hastane ortamından uzak kalınmasıyla enfeksiyon riskinin azalması ve hem aile bireylerinin hem de sağlık personelinin bakım yükünün hafiflemesi gibi birçok faktör, evde sağlık hizmetlerinin önemini açıkça ortaya koymaktadır (Alnıgeniş, 2023).

Genel olarak, evde sağlık hizmeti alan bireylerin büyük bir kısmını uzun dönem bakım gereksinimi olan ve kronik hastalıklara sahip kişiler oluşturmaktadır (Anık vd., 2023). Günümüzde ise hizmet kapsamı genişlemiş olup birçok bakım grubu bu hizmetten yararlanabilmektedir. Bu gruplar; kronik hastalığı bulunan bireyler, 65 yaş ve üzeri yaşlılar, lohusalar, yenidoğanlar, evde tetkik ihtiya ı olanlar, psikolojik danışmanlık ve rehabilitasyon hizmeti alanlar, hastaneden eve veya evden hastaneye nakil gereksinimi bulunanlar, kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olan bakım gereksinimi yüksek bireyler ile ameliyat sonrası bakım gerektiren hastalar şeklinde sıralanabilir (Tok ve  zt rk, 2021). Özetle, evde sağlık hizmetleri profesyonel hemşirelik uygulamaları, fizik tedavi, rehabilitasyon ve çeşitli terapi hizmetleri gibi ev ortamında gerçekleştirilen çok yönlü hizmetleri kapsamaktadır. Hizmet kapsamı geniş yelpazesıyla aşağıdaki tabloda ele alınmıştır.

Tablo 1.1: ESH Hizmet Kapsamı

Hasta Bakımı	Hasta temizliği, ilaç yönetimi, günlük aktivite desteği vb.
Tıbbi Bakım	Yara bakımı, ilaç yönetimi, tansiyon takibi, tedaviler vb.
Fizik Tedavi	Egzersiz, kas güçlendirme, hareket terapisi vb.
Danışmanlık	Hasta ve ailesine destek, hastalık izlemi, hastalık yönetimi vb.
Psikolojik Destek	Hastalıklarla başa çıkma desteği, terapi, psikolojik yardım vb.
Diğer Hizmetler	Tıbbi ekipmanların evde kullanımı, diğer özel hizmetler vb.

Kaynak: (Türken vd., 2023)

Evde sağlık hizmetleri denildiğinde ilk olarak yaşlılar, engelliler ve kronik hastalar akla gelse de gebeler, lohusalar ve iyileşme dönemindeki bireyler de bu hizmetin önemli hedef grupları arasında yer almaktadır. Ancak evde sağlık hizmetleri yalnızca hastalıkların bakımıyla sınırlı düşünülmemelidir. Çünkü bu hizmetler, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek ve genel sağlık düzeylerini korumaya yönelik kapsamlı politikalar

geliştirilmesini amaçlamaktadır. Bu kapsamda, bireylerin sağlık, beslenme, barınma, ulaşım gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmelerine yönelik uygun destek mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir (Aybars, 2019).

Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı yalnızca hastalara yönelik hizmetlerle sınırlı olmayıp, bakım verenlere yönelik eğitici ve destekleyici hizmetleri de içermektedir. Ancak bu hizmetler, çeşitli yetersizlikler ve yapısal sorunlar nedeniyle çoğu zaman yeterli düzeyde sunulamamaktadır. Dolayısıyla sosyal destekten yoksun kalan bakım sağlayıcılar hem psikolojik açıdan hem de bakım süreçlerine ilişkin konularda ciddi desteğe ihtiyaç duymaktadır (Dağdeviren vd., 2020).

Günümüzde sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artış, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra dahi sağlık hizmetine ihtiyaç duyması, toplumun giderek yaşlanması ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin sürekli artması gibi faktörler, evde sağlık hizmetlerinin önemini daha da belirgin hale getirmektedir. Bu unsurlar, söz konusu hizmetlere olan talebin giderek arttığını açıkça ortaya koymaktadır (Güdük vd., 2021).

Artan talep ile birlikte evde sağlık hizmetlerinin finansmanı, tüm ülkeler için kritik bir konu haline gelmiştir. Ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak, devlet katkı payları, özel sigorta uygulamaları ve sosyal sigorta primleri farklılık göstermektedir (Yılmaz ve Şara, 2014). Günümüzde genişleyen hizmet kapsamına paralel olarak finansman; genel vergilendirme, sosyal sağlık sigortası, cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortaları ve gönüllü kuruluşlar tarafından ücretsiz sunulan hizmetler yoluyla sağlanmaktadır (Kalaycı Oflaz, 2023).

Birleşmiş Milletler verilerine göre, 2019 yılında dünya nüfusu yaklaşık 7,7 milyar iken, 2030 yılında bu sayının 8,5 milyara ulaşması öngörülmektedir. Bu süreçte 60 yaş üzeri bireylerin sayısının ise 2019'daki yaklaşık 1 milyar seviyesinden %34 artışla 1,4 milyara ulaşması beklenmektedir. Yaşlı nüfus grubunda kronik hastalıklar, ruhsal bozukluklar, fiziksel engellilik ve yatağa bağımlılık gibi sağlık sorunlarının daha yaygın olması, evde sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu veriler, gelecekte bu hizmetlere duyulan gereksinimin artacağını açıkça göstermektedir (Lizano-Diez, 2021).

Ayrıca son yıllardaki projeksiyonlara göre, 2050 yılına kadar dünya genelinde yaklaşık 27 milyon kişinin kronik sağlık sorunları nedeniyle yardıma ihtiyaç duyacağı tahmin edilmektedir (Masoumi vd., 2021). Bu artış karşısında, hastalıkları veya engelleri nedeniyle sağlık kuruluşlarına ulaşamayan bireyler için hekim öncülüğünde profesyonel ekipler tarafından sunulacak evde sağlık hizmetleri, kronik hastalıklarla mücadelede kritik bir rol üstlenecektir (Tomita vd., 2020).

1.2. Tarihsel Gelişim

Evde sağlık hizmetleri kavramsal olarak modern dönemde yeni ve sürekli değişen bir yapıya sahip olsa da bu hizmetin tarihsel kökenleri oldukça eski dönemlere dayanmaktadır. Nitekim evde bakım anlayışının başlangıcı antik çağlara kadar uzanmaktadır. Antik Yunan ve Roma dönemlerinde evde bakım uygulamaları yaygın olup, aileler yakınlarının bakımını üstlenirken hekimler hastalarını sıklıkla evlerinde ziyaret etmekteydi. Bu bağlamda Hipokrat, hastaların ev ortamında ve aileleri eşliğinde tedavi edilmesinin önemini vurgulamıştır (Faster Capital, 2024). Roma döneminde ise evde sağlık hizmetlerine örnek olarak, Soronas'ın "*Gynaecology*" adlı eserinde ebelerin doğumları evde gerçekleştirmesine yönelik aktarımlar gösterilebilir. Söz konusu eserde, ebelerin doğum için gerekli araç-gereçlere sahip oldukları ve bu donanım ile doğum sürecini yürüttükleri belirtilmektedir (Yurtseven, 2022).

Orta Çağ'da manastırlar ve dini kurumlar hastaların bakımında kritik bir rol üstlenmiştir. Keşişler ve rahibeler, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere temel tıbbi yardımı çoğu zaman hastaların evlerinde sağlamıştır (Faster Capital, 2024). Daha sonraki dönemlerde ise hastanelerin kurulması ve tıp alanındaki gelişmelerle birlikte ev ortamında sunulan sağlık hizmetleri, Rönesans ve Aydınlanma dönemlerinde daha da gelişmiştir (Parxhnc, 2023).

Modern anlamda evde sağlık hizmetlerinin başlangıcı Amerika Birleşik Devletleri'nde 1883 yılında ev hemşireliği uygulamaları ile olmuştur. İlerleyen yıllarda New York'ta kurulan "*Henry Street Nursing Settlement*" sigorta şirketi, halk sağlığı alanında önemli bir dönüm noktası oluşturmuştur. Bu girişimle birlikte sigorta şirketlerinin evde bakım hizmetlerinin ödemelerini üstlenmeye başlaması ve hastanelerde evde sağlık hizmetleri birimlerinin kurulmasıyla ilk hastane destekli sisteme geçiş gerçekleşmiştir (Daver ve Kolluoğlu, 2022).

Evde sağlık hizmetlerinin profesyonel bir zeminde örgütlenmesinde William Rathbone'un önemli bir etkisi olmuştur. Rathbone, eşine sağlanan evde sağlık hizmetlerinden etkilenererek 1859 yılında gönüllü hemşirelik hizmeti başlatmış, 1862 yılında ise Liverpool'da hasta bakımı ve ev ziyaretleri yapabilecek hemşirelerin yetiştirilmesi amacıyla bir okul kurmuştur (Ekingen ve Yıldız, 2021).

1800'lü yılların başlarında Amerika'da ilk evde sağlık ve bakım hizmeti sunan yapılanmalar ortaya çıkmış, 1947 yılında Montefiore Hastanesi'nde tıbbi hizmetler, hemşirelik ve sosyal hizmetleri içeren ilk evde bakım programı oluşturulmuştur. 1960'lı yıllarda hizmet kapsamı genişletilmiş ve sigorta sistemi içine dahil edilmiştir. 1982 yılında ise Amerika'da "Ulusal Evde Bakım Birliği" kurulmuştur (Kıskaç ve Girgin, 2022).

Benzer şekilde, 1908 yılında Amerika'da *Ev Hizmetleri Organizasyonu* kurulmuş, Birinci Dünya Savaşı sonrasında Kızılhaç hemşireleri tarafından ev ziyaretleri başlatılmıştır. 1922 yılından itibaren evde sağlık hizmetleri kurum temelli bir yapıya kavuşmuş, 1935 yılında ise sağlık müdürlüklerince sunulmaya başlanmıştır. İkinci Dünya Savaşı döneminde resmileştirilen Medicare ve Medicaid sistemleri, evde sağlık hizmetlerinin gelişimine büyük katkı sağlamıştır (Yanartaş, 2023).

Küresel ölçekte demografik değişimlere ve sosyal dinamiklere bağlı olarak evde sağlık hizmetleri giderek daha fazla önem kazanmış ve özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye'de ise evde sağlık hizmetlerinin kökeni oldukça eskiye dayanmaktadır. Genel anlamda bu hizmetin Osmanlı Devleti döneminde, 15. yüzyılda uygulanan gezici hekimlik faaliyetleri ile temellendirildiği kabul edilmektedir (Tekin, 2018). Bununla birlikte, resmi anlamda evde sağlık hizmetlerinin başlangıcı 2005 yılı olarak değerlendirilmektedir.

1.3. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri

Günümüzde evde sağlık hizmetleri, kapsamını sürekli genişleterek farklı hasta gruplarına yönelik hizmet sunabilen bir yapıya kavuşmuştur. Sağladığı çok yönlü avantajlar ve etkin sağlık yönetimi açısından taşıdığı önem nedeniyle, bu hizmet modeli günümüzde neredeyse tüm ülkelerde uygulanmaktadır. Ülkeler, kendi sosyoekonomik koşulları ve sağlık sistemlerinin dinamikleri doğrultusunda, evde sağlık hizmetlerini düzenleyen kanun, yönetmelik ve stratejik planlamalar geliştirerek hizmetin

yaygınlaştırılmasını ve sürdürülebilirliğini teşvik etmektedir. Aşağıda, çeşitli ülkelerin örnek teşkil eden evde sağlık hizmeti modelleri ele alınmıştır.

1.3.1. Almanya Evde Sağlık Hizmetleri

Almanya’da evde sağlık ve bakım hizmetleri ilk kez 1962 yılında Federal Refah Yasası kapsamında ele alınmıştır. Hizmet alanında en köklü değişiklik ise 1994 yılında yürürlüğe giren bakım sigortası uygulaması ile gerçekleşmiştir. Bu kapsamda, bakım sigortası normal sağlık sigortasından bağımsız, ayrı bir sigorta sistemi olarak yasalaştırılmıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2021). Almanya’da evde bakım hizmetleri, bakıma ihtiyaç duyan bireylere kamu veya özel kuruluşlarca, profesyonel ekipler aracılığıyla sunulmaktadır. Evde bakım hizmeti veren kuruluşların lisanslı ve akredite olma zorunluluğu bulunmaktadır.

Ülkede evde bakım hizmeti alan bireylerin yaklaşık %61,5’i özel kuruluşlardan, %36,9’u kar amacı gütmeyen kuruluşlardan, geri kalan kısmı ise kamuya ait kuruluşlardan hizmet almaktadır (Çoban, 2015). Almanya’nın bakım sistemi, bireylere hizmeti kurumda veya evde alma hakkı tanımaktadır. Profesyonel bakım hizmetleri; kısmen ayakta bakım hizmetleri, engellilere özel hizmetler, kısa süreli bakım hizmetleri, bakım veren kişilere yönelik özel kurslar, bakım sürecinde gerekli araç-gereç desteği gibi çok çeşitli hizmetleri kapsamaktadır (STD Raporu, 2024).

1.3.2. Amerika Evde Sağlık Hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri, evde sağlık hizmetlerinin başlangıcı açısından birçok ülkeye göre daha erken bir tarihe sahiptir. Hizmetin ilk ortaya çıkışı, 1880’li yıllarda ev hemşireliği uygulamaları ile gerçekleşmiştir. New York’ta kurulan *Henry Street Nursing Settlement* sigorta şirketi, bu hizmetin kurumsal anlamda temellerini atmıştır (Daver ve Kolluoğlu, 2022). Ardından New York Montefiore Hastanesi’nde evde sağlık hizmetleri hastane bünyesinde sunulmaya başlanmış, bu uygulama ile hizmet yalnızca hemşirelik faaliyetleriyle sınırlı kalmayarak daha kapsamlı bir yapıya kavuşturulmuştur (Kıran ve Güçlü, 2022). 19. yüzyılın sonlarında ise Philadelphia Hemşirelik Örgütü, Buffalo Hayırseverlik Teşkilatı ve New York’ta kiliseler aracılığıyla başlayan evde bakım hizmetleri, daha sonra belediyeler tarafından da desteklenmiştir. 1908 yılında *Ev Hizmetleri Organizasyonu* kurulmuş; 1935 yılında devlet desteğiyle evde sağlık

hizmetleri uygulamaya konulmuş ve 1960 yılında yaşlılara ücretsiz evde bakım hizmeti sunulmaya başlanmıştır (TÜSEB, 2021).

Amerika’da 1966 yılında yürürlüğe giren Medicaid ve Medicare programları, evde sağlık hizmetlerini destekleyen en önemli uygulamalar arasında yer almıştır. Özellikle Medicare, nitelikli evde sağlık hizmetlerini, hekim ev ziyaretlerini ve hatta evde sunulan hastane hizmetlerini kapsayan bir yapı olarak öne çıkmaktadır (Landers vd., 2016). 1989 yılında Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi ile Sağlık Finansmanı İdaresi tarafından evde sağlık bakımının kapsamını genişleten yeni bir rehber hazırlanmıştır. Bu gelişmeyle birlikte, evde sağlık hizmetleri kısa süreli hastane bakımından uzun dönemli kronik hastalık bakımına doğru genişlemiştir (TÜSEB, 2021).

1.3.3. Avustralya Evde Sağlık Hizmetleri

Avustralya’da evde bakım hizmetleri, 1963 yılından itibaren Federal Hükümet tarafından sunulmaya başlanmıştır. 2003 yılında gerçekleştirilen düzenlemeler sonrasında, özellikle yaşlı bakım hizmetlerine erişim için Değerlendirme Ekibi onayı zorunlu hale gelmiştir. Bu ekip, hastanın bakım ihtiyaçlarını, hizmete uygunluk durumunu, gereksinim duyduğu destek türünü ve bakım programının seviyesini belirlemek amacıyla Federal Hükümetin Yaşlı Bakımı Değerlendirme Programı kapsamında değerlendirme yapmaktadır. Bu değerlendirme sonrasında bakım süreci başlatılmaktadır. Avustralya’da yaşlı bakım hizmetleri hem federal hükümet hem de hizmet kullanıcıları tarafından ortak olarak finanse edilmektedir (Khadka vd., 2019).

1.3.4. Çin Evde Sağlık Hizmetleri

Çin’de evde sağlık hizmetlerinin başlangıcı, ekonomik zorlukların etkisiyle profesyonel sağlık ekipleri yerine aile bireylerinin hastaya bakım sağlaması şeklinde olmuştur. Bu dönemde aileden seçilen bir kişinin hasta bakımı konusunda eğitilerek, kendi imkânlarıyla evde sağlık hizmeti sunması temel yaklaşım olarak benimsenmiştir (Tok ve Öztürk, 2021). Ülkenin ekonomik toparlanma sürecinin ardından, özellikle son yıllarda evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çeşitli girişimlerde bulunulmuş ve hizmete yeni boyutlar kazandırılması hedeflenmiştir. Eski Ulusal Sağlık Komisyonu, 2016 yılında evde sağlık hizmetlerinin yasal çerçevede düzenlenmesine yönelik bir politika oluşturmuştur. Ayrıca 2020 yılının sonlarına doğru, yaşlı bireylere yönelik evde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini destekleyen bir genelge yayımlanmıştır. Ancak bu

girişimlere rağmen Çin’de evde tıbbi bakım, yalnızca belirli sağlık kurumlarıyla sınırlı kalmış ve dar kapsamlı hizmetler sunularak beklenen düzeye ulaşamamıştır (Zhou, 2021).

1.3.5. İsrail Evde Sağlık Hizmetleri

İsrail’de evde bakım hizmetleri, “Ulusal Sigorta Enstitüsü” tarafından yürütülmekte olup, kurumsal bakım yasası kapsamında değerlendirilmeyen bir hizmet alanıdır. Bu hizmetler, genel olarak engelli, kendine yetemeyen ve destek hizmetine gereksinim duyan, özellikle 60-65 yaş aralığındaki bireyleri kapsamaktadır. Hizmetler ağırlıklı olarak gelir düzeyi düşük kişilere sunulmakta, gelir düzeyi normal seviyede olan bireylerden ise hizmet sürecinde yapılan harcamalara göre katkı payı alınmaktadır. Ülkede evde sağlık hizmetleri, sivil toplum kuruluşları ve kar amacı güden kurumlar tarafından sağlanmaktadır (Aksoy vd., 2015).

1.3.6. İsveç Evde Sağlık Hizmetleri

İsveç evde bakım hizmetleriyle 1950’li yıllarda tanışmış ve bu hizmet kısa sürede ülkenin birçok bölgesinde yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Evde bakım, yaşlı bakım evlerinde sunulan daha standart bakım biçimlerine kıyasla daha özelleştirilmiş bir alternatif olarak konumlandırılmıştır. 1957 yılında kamu politikalarına dâhil edilen “Yerinde Yaşlanma İlkesi”, 1982 yılında Sosyal Hizmetler Yasası’nda temel bir hedef olarak kabul edilmiştir (Peterson ve Brodin, 2021). İsveç’te yaşlı bakımı belediyeler tarafından yürütülmekte ve finanse edilmektedir. Sosyal Hizmetler Yasası uyarınca, tüm belediyeler ihtiyaç sahibi yaşlı bireylere kamu kaynaklarıyla finanse edilen bakım hizmeti sağlamakla yasal olarak yükümlüdür (Meyer vd., 2021).

1.3.7. İtalya Evde Sağlık Hizmetleri

İtalya’da evde sağlık hizmetleri, tıbbi bakım ve sosyal hizmetlerin entegre biçimde sunulması esasına dayanmaktadır. Bu kapsamda, genel pratisyen veya sosyal çalışmacı tarafından yapılan yönlendirme ile fizyoterapist, hemşire, hekim ve sosyal çalışmacıdan oluşan “Yaşlı Değerlendirme Birimi” tarafından bir değerlendirme gerçekleştirilir. Değerlendirme sonucunda hizmet ihtiyacı olduğu belirlenen birey, bu hizmetten yararlanabilmektedir. Ayrıca ülkede özellikle yaşlı bireylerin kısa süreli olarak konuk edilerek tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlandığı, sosyal hizmetlerle entegre şekilde hizmet sunan gündüz bakım merkezleri bulunmaktadır (Yılmaz vd., 2013).

Evde sağlık hizmetleri, ülke genelinde mevcut bir hizmet olup, yaşı, ocuk veya kendine yetemeyen bireyler için İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından önceliklendirilmektedir. Bu hizmetler kapsamında tıbbi bakım, rehabilitasyon ve hemşirelik gibi uygulamalar yer almaktadır. Ancak evde sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesine rağmen, halkın ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Nitekim 2021 yılı verilerine göre, yıl içerisinde bu hizmetten yararlanan hasta oranı nüfusun yalnızca %3’n oluşturmaktadır (Cingolani vd., 2023).

1.3.8. Japonya Evde Sağlık Hizmetleri

Günümüzde yaşı nüfusun hızla arttığı ülkelerin başıda gelen Japonya’da, evde sağlık hizmetlerine yönelik artan talebi karşılamak amacıyla, ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak evde bakım destek hastaneleri uygulamaya konulmuştur (Sun, 2023). Bu hizmetin altyapısını güçlendirmek ve gerekli düzenlemeleri sağlamak için Japonya Sağlık, alışma ve Refah Bakanlığı, “Bölgesel Sağlık Vizyonu” olarak adlandırılan ve daha önce benzeri görülmemiş bir politika geliştirmiştir. Bu politika, hastaların yaşamlarını hastane yerine evde veya bir huzurevinde sürdürebilmelerine olanak tanımaktadır (Iwata, 2020). Ayrıca, 2006 yılından itibaren sigorta sistemine evde sağlık hizmetini destekleyen kliniklerin dâhil edilmesiyle birlikte, bu hizmetin yaygınlığı artmıştır (İkeda ve Tsuboya, 2021). Japonya’da evde bakım hizmetleri 2000 yılı öncesinde genel sağlık sigortası kapsamında finanse edilirken, bu tarihten sonra vergiler aracılığıyla finanse edilmeye başlanmıştır (zkan ve Aca, 2021). Ülkede evde bakım, süresine bağlı olarak kısa ve uzun süreli bakım şeklinde iki kategoriye ayrılmaktadır. Kısa süreli bakım, tıbbi tedavi odaklı olup genellikle bir aylık iyileşme sürecini kapsarken; uzun süreli bakım, tıbbi bakımın yanı sıra sosyal destek unsurlarını da içermekte ve genellikle altı aydan daha uzun süreli bir bakım sürecini kapsamaktadır. Bu hizmetler, “Evde Hemşirelik Bakım İstasyonları” aracılığıyla sunulmaktadır (STD Raporu, 2024).

1.3.9. Kanada Evde Sağlık Hizmetleri

Kanada’da evde bakım hizmetleri, ülke nüfusunun giderek yaşlanması ve bu yaşı nüfusun ek bakım gereksinimi duymasıyla birlikte sağlık sisteminin ayrılmaz bir unsuru olarak görülmeye başlanmıştır. Bu kapsamda, hizmetin geliştirilmesine yönelik olarak hükümet tarafından önemli destekler sağlanmıştır. 2002 yılında Kanada’da Sağlık Hizmetlerinin Geleceği Komisyonu’nda evde bakım konusu özel olarak ele alınmış;

hizmetin gerekliliği ve artan önemi komisyon tarafından kabul edilmiştir. Ayrıca, Kanada Sağlık Yasası'na evde bakımın bir hak olarak dâhil edilmesine yönelik revizyon önerileri gündeme getirilmiştir (Johnson vd., 2018). Bununla birlikte, ülkede sunulan evde sağlık hizmetlerinin içeriği eyaletler arasında farklılık gösterebilmektedir. Hizmet maliyetleri genel olarak her eyaletin kendi gelirlerinden karşılanmakta, ancak federal hükümet de bu süreçte finansal katkı sağlamaktadır (Aksoy vd., 2015).

1.3.10. Suudi Arabistan Evde Sağlık Hizmetleri

Suudi Arabistan'da, evde sağlık hizmetleri, kamu kaynaklarıyla finanse edilen bir sistem kapsamında sunulmaktadır. Ülkede ilk evde sağlık hizmeti programı, 1991 yılında Kral Faysal Uzman Hastanesi tarafından yalnızca son dönem kanser hastalarına yönelik olarak başlatılmıştır. Ardından 1995 yılında, Ulusal Muhafız Sağlık İşleri Bakanlığı, hastanede yatış süresini azaltmayı hedefleyen bir evde sağlık hizmeti programını uygulamaya koymuştur. Bu program, 2008 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından resmî olarak tanıtılmıştır (Surimi vd., 2019). Günümüzde Ulusal Evde Sağlık Hizmetleri Programı, 40.000'den fazla Suudi vatandaşına uzun dönemli evde bakım hizmeti sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütölen bu programın kapsamı oldukça geniştir ve ülke genelinde yaygın olarak uygulanmaktadır (Alkeridy vd., 2022).

1.4. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri

1.4.1. Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin resmi temelleri yakın dönemlere dayansa da bu hizmet anlayışının kökeni oldukça eskiye uzanmaktadır. Toplumda tarihsel olarak güçlü aile ve akrabalık ilişkileri, hasta bireylere evde bakım, tedaviye yardımcı olma ve destek sağlama gibi uygulamaları yaygın hale getirmiştir. Bu durum, evde sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan yaklaşımların, uzun yıllardır toplum tarafından benimsenmiş bir anlayış olarak varlık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Tarihsel süreçte bakıldığında, evde sağlık hizmetlerinin belgelenmiş ilk örneklerine Anadolu Selçuklu döneminde rastlanmaktadır. Bu dönemde "Anadolu Bacıları" olarak bilinen kişilerin yolculara ve kimsesizlere bakım sağladığı bilinmektedir (Ekingen ve Yıldız, 2021).

Osmanlı döneminde ise 15. yüzyılda uygulanan gezici hekimlik sistemi ile sağlık hizmetine erişimi kısıtlı bireylere hizmet sunulduğu görölmektedir. Ayrıca 18. yüzyılda İstanbul'daki bir darüşşifada tedavi gören bir hastanın evinde tedavi edilmesine ilişkin

yayınlanan ferman, evde sağlık hizmetlerinin belgelenmiş diğer önemli örneklerinden biridir (Çelik Güzel ve Toprak, 2018). Cumhuriyet dönemine gelindiğinde, 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalıkların tanı, tedavi ve izlenmesinin ev ortamında gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmıştır (Tekin, 2018).

1961 yılında çıkarılan bir yasa ile kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık durumlarının hemşireler tarafından evde izlenmesi hükme bağlanmıştır (Tok ve Öztürk, 2021). 1963 yılında hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi gerektiği belirtilmiş olmasına rağmen, bu dönemde kayda değer bir ilerleme sağlanamamıştır (Eker vd., 2019). Ancak 1961 tarihli “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası” ve 1978 Alma Ata Bildirgesi ile birlikte benimsenen “Temel Sağlık Hizmetleri Felsefesi”, herkesin eşit şartlarda sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini amaçlayan anlayışı ortaya koymuştur. Bu yaklaşım, evde sağlık hizmetlerinin önemine ve gerekliliğine vurgu yapan bir dönüm noktası olmuştur (Yurtseven, 2022).

1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından evde sağlık hizmetleri konusunda bir proje geliştirilmiş ve bu proje bazı illerde uygulanmaya başlanmıştır. Ancak beklenen sonuçlar elde edilemediğinden uygulamada kayda değer bir ilerleme sağlanamamıştır (Kıran ve Güçlü, 2022).

2000’li yıllardan itibaren Türkiye’de evde sağlık hizmetleri alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmelerin temel nedeni, demografik değişimlere bağlı olarak yaşlı nüfusun artması ve buna paralel olarak sağlık ve bakım ihtiyacının giderek önem kazanmasıdır (Kurt vd., 2020). Bu bağlamda, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile ilk resmi adım atılmıştır. Söz konusu düzenlemenin ardından evde sağlık hizmetlerinin kapsamı ve bu hizmetleri sunan birimlerin görevleri ile ilgili değişiklikler yapılmıştır (Yurdakul vd., 2021).

Aynı yıl içerisinde Türkiye’de Evde Bakım Derneği kurulmuş, 2006 yılında ise ilk resmi uygulama örneği olarak Denizli ilinde Evde Bakım Hizmetleri Birimi faaliyete geçmiştir (Çayır, 2020). 1 Şubat 2010 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile evde

sağlık hizmetleri; bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, genel ve dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve aile hekimleri aracılığıyla sunulmaya başlanmıştır (Gümüş ve Sarıtaş, 2017).

2015 yılında yürürlüğe giren “Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” ile hizmetin kapsamı, sevk ve idaresi, uygulanma şekli, işleyiş süreci, personelin görev ve sorumlulukları ile hizmete başvuru koşulları gibi birçok konuya açıklık getirilmiştir (Doğusan, 2019). 2017 yılında ise evde sağlık hizmetlerine ilişkin işlemlerin yürütülmesi görevi, Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı’ndan alınarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na devredilmiştir (Yağar, 2022).

1.4.2. Hizmet Kapsamı

Ülkemizde son yıllarda kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, yatağa bağımlılık ve engellilik durumları giderek daha sık karşılaşılan sağlık sorunları haline gelmiştir. Bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda kapsamın genişletilmesini gerekli kılmıştır. Özellikle kronik hastalıkların ve salgın hastalıkların daha etkin yönetimi doğrultusunda, tıbbi hizmetlerin yanı sıra rehabilitasyon ve bakım hizmetlerine de artan bir önem verildiği görülmektedir (Aslaner vd., 2022). Bu yönelim, evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve bu hizmetlerin sunulduğu hastalık gruplarının kapsamının genişlemesine olanak sağlamıştır.

Hizmet kapsamına önceki yıllarda özellikle yatağa bağımlı ve engelli hastalar dahilken günümüzde bu kapsam genişletilmiştir. Kapsam dahilinde;

- 80 yaş ve üstü hizmet talep eden tüm yaşlılar,
- Kronik hastalığı bulunan hastalar,
- Tam veya ileri derece bağımlı 65 yaş ve üstü yaşlılar,
- Hastalığı nedeniyle cihaza bağlı veya eve bağımlı hastalar,
- Palyatif bakım hizmet almış veya hizmet sonrası bakım gerektiren hastalar,
- Taburculuk sonrası evde bakımı uygun görülen hastalar,
- Taburculuk sonrası belli süre tıbbi bakım gerektiren hastalar,
- Diyabet hastaları,

- Akciğer hastalığı olan hastalar (KOAH),
- Kalp yetmezliği yaşayan hastalar,
- Nörodejeneratif hastaları,
- İleri düzey kas hastaları,
- Doğum öncesi ve sonrası destek talebi olan anneler,
- Fiziksel veya zihinsel engelli hastalar,
- Alzheimer ve Demans hastaları,
- İleri evre organ yetmezliği olan hastalar,
- Beslenme tüpü, kateter bakımı veya hayati değerlerin izlenmesi gibi tıbbi desteğe ihtiyaç duyan hastalar,
- Ameliyat sonrası bakım gereksinimi duyan hastalar,
- Terminal dönem kanser hastaları vb. gibi tıbbi bakım, tedavi, kontrol ve izlem gerektiren hastalar mevcuttur (Resmi Gazete, 2023).

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri yönetmeliğine göre evde sağlık hizmeti bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoförden oluşan bir ekip tarafından sunulur. İhtiyaç ve imkanlar doğrultusunda fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı da bu ekibe dahil olabilmektedir (Dengiz vd., 2021).

Evde sunulan sağlık hizmeti kapsamında ise;

- Genel muayene,
- Takip, izlem ve kontrol,
- Kan ve idrar tetkikleri,
- Pansuman,
- Sonda takma-değişme,
- Reçete yazımı,
- Serum takma,
- Hastalık süreç takibi,
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti,
- Gerekli cihazları reçete etme,
- Trakeostomi kanülünü değiştirme,
- Sütür alma,

- Rutin kontroller,
- Katater değişimi,
- Gerekli hastalara diyet uygulama ve takibi,
- Diş muayene, tedavi, kontrol,
- Hasta yakınlarına profesyonel hizmet dışında kullanılacak cihaz veya hasta yakınlarının uygulayacağı ekstra bakım hakkında gerekli eğitim vb. gibi hizmetler mevcuttur (Doğusan, 2019).

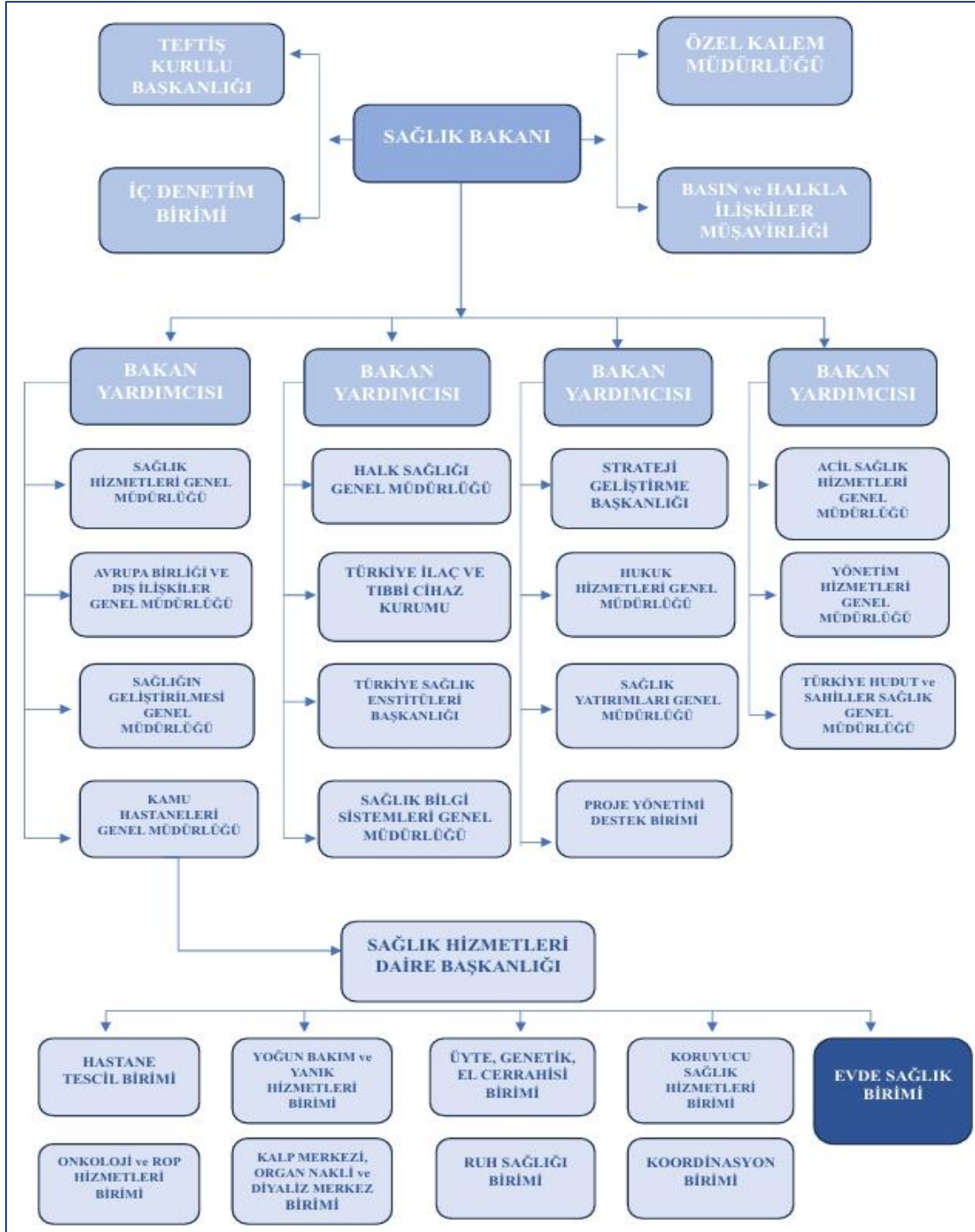
1.4.3. Hizmet Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almanın yanı sıra, yeterli ve kaliteli hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekli kaynakların oluşturulmasını hedeflemektedir (Ateş, 2020). Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergiler, sağlık sigortaları ve özel harcamalar olmak üzere üç temel yöntemle sağlanmaktadır. lkeler, gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak bu yöntemlerden farklı kombinasyonlar kullanmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanında, işveren, işçi ve devlet katkılarıyla fonlanan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) nemli bir paya sahiptir. Evde sağlık hizmetleri de bu kapsamda, günübirlik tedavi uygulamaları (ilaç, enjeksiyon, pansuman malzemeleri vb.) için SGK tarafından finanse edilmektedir (Kalaycı Oflaz, 2023).

1.4.4. Organizasyon Yapısı

Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı, çok katmanlı bir sistem şeklinde kurgulanmıştır. Bu yapı, bireylerin ev ortamında ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine daha rahat ve kolay bir şekilde erişimlerini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Erişimin kesintisiz ve sorunsuz biçimde sürdürülebilmesi için kurumlar ve hizmet birimleri arasında iş birliğine dayalı, sistematik bir yapılanma mevcuttur. Evde sağlık hizmetleri genel olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır. Daha ayrıntılı olarak ifade etmek gerekirse, bu hizmetler Sağlık Bakanlığı Yardımcılığı’na bağlı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne, buradan da Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı’na bağlı birimler aracılığıyla yürütülmektedir. Aşağıdaki şekil 1.1’de Türkiye’nin evde sağlık hizmetleri organizasyon yapısı detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

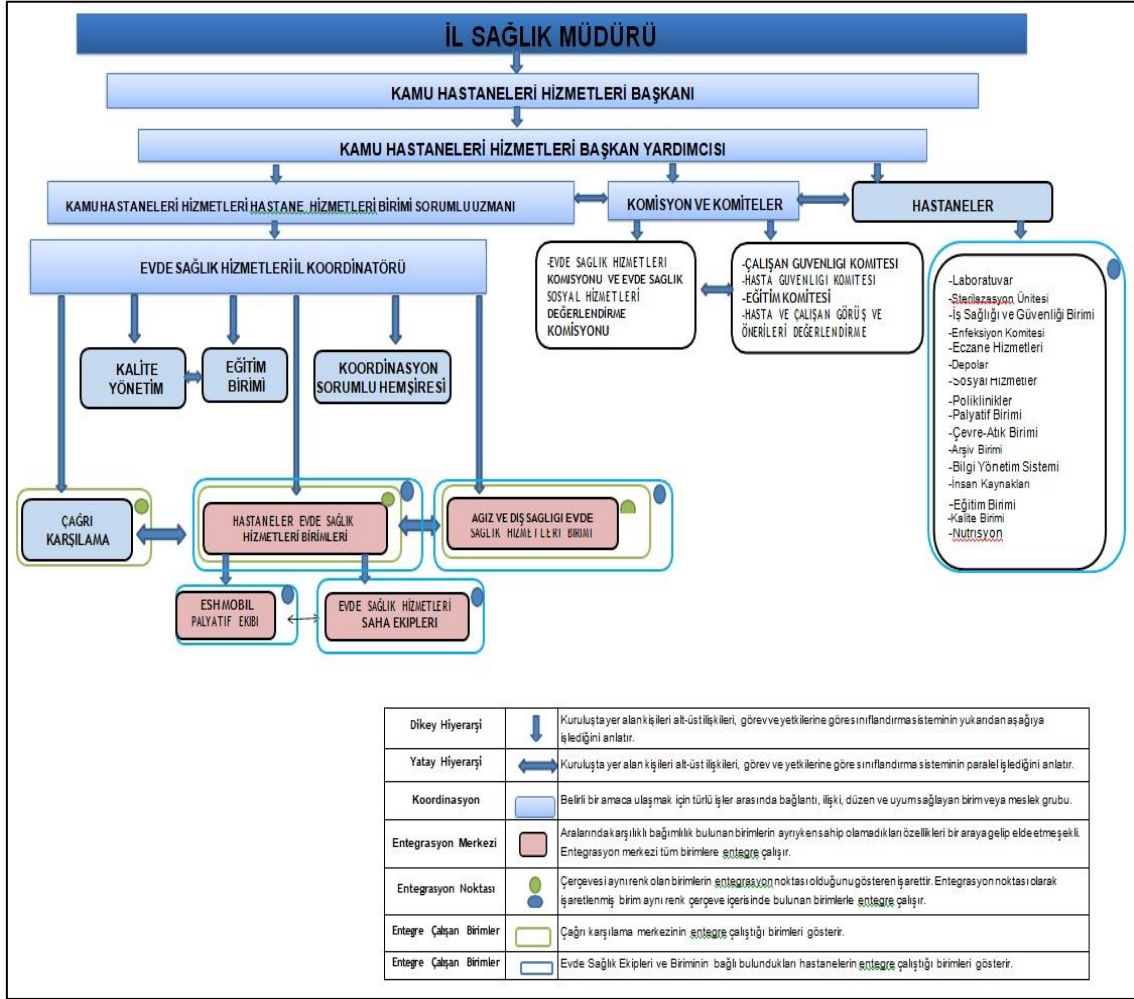
Şekil 1.1: Türkiye ESH Organizasyon Yapısı



Kaynak: (Kılıç, 2026)

Ülkemizin sahip olduğu genel organizasyon yapısının yanında il bazında evde sağlık hizmetlerinin temel teşkilat yapısının bir örneği Şekil 1.2’deki gibidir.

Şekil 1.2: ESH İl Teşkilat Yapısı



Kaynak: antalyaesh.saglik.gov.tr

1.4.5. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Süreci

Evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan birey, hasta yakını veya herhangi bir aracı kişi aracılığıyla başvuru gerçekleştirebilmektedir. Başvurular; Evde Sağlık Hattı aranarak, Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu doldurularak veya Toplum Sağlığı Merkezi ile Aile Hekimliği Merkezi üzerinden il koordinasyon merkezlerine yapılabilmektedir (Yağar, 2022). Başvuru sonrasında, Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi (ESKOM) tarafından ön değerlendirme yapılır ve ardından ilgili Evde Sağlık Hizmetleri birimi veya Aile Hekimliği Birimi görevlendirilir. Görevlendirilen ekip, hastanın bulunduğu ortamda değerlendirme gerçekleştirerek evde sağlık hizmeti almasının uygun olup olmadığına karar verir. Bu değerlendirme sonucu, uygun bulunan hastalar için hizmet süreci başlatılırken, uygun bulunmayanlar

koordinasyon merkezi aracılığıyla ilgili sağlık birimlerine yönlendirilir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024).

1.4.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri; aile hekimleri, hastaneler ve il sağlık müdürlükleri bünyesinde oluşturulan mobil ekipler aracılığıyla sunulmaktadır (Kurt vd., 2019). Daha kapsamlı bir ifadeyle, bu hizmetler Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, genel ve dal hastaneleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri aracılığıyla, ayrıca Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri üzerinden gerçekleştirilmektedir (Dağdeviren vd., 2019).

Evde sağlık hizmetleri organizasyonu, T Tipi, H Tipi ve D Tipi birimlerden oluşmaktadır:

T Tipi Birimler, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne bağlı olarak kurulmakta ve bir hekim, bir bakım teknikeri ve bir yardımcı sağlık personelinden oluşan üç kişilik ekip tarafından hizmet verilmektedir. Günlük hasta sayısının en az 10 olduğu bölgelerde T Tipi birim kurulması zorunludur (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024).

H Tipi Birimler, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastaneler bünyesinde yer almakta olup, T Tipi birimlerin sunamadığı hizmetleri sağlamaktadır. Bu nedenle kapsamı daha geniştir (Çelik Güzel, 2018).

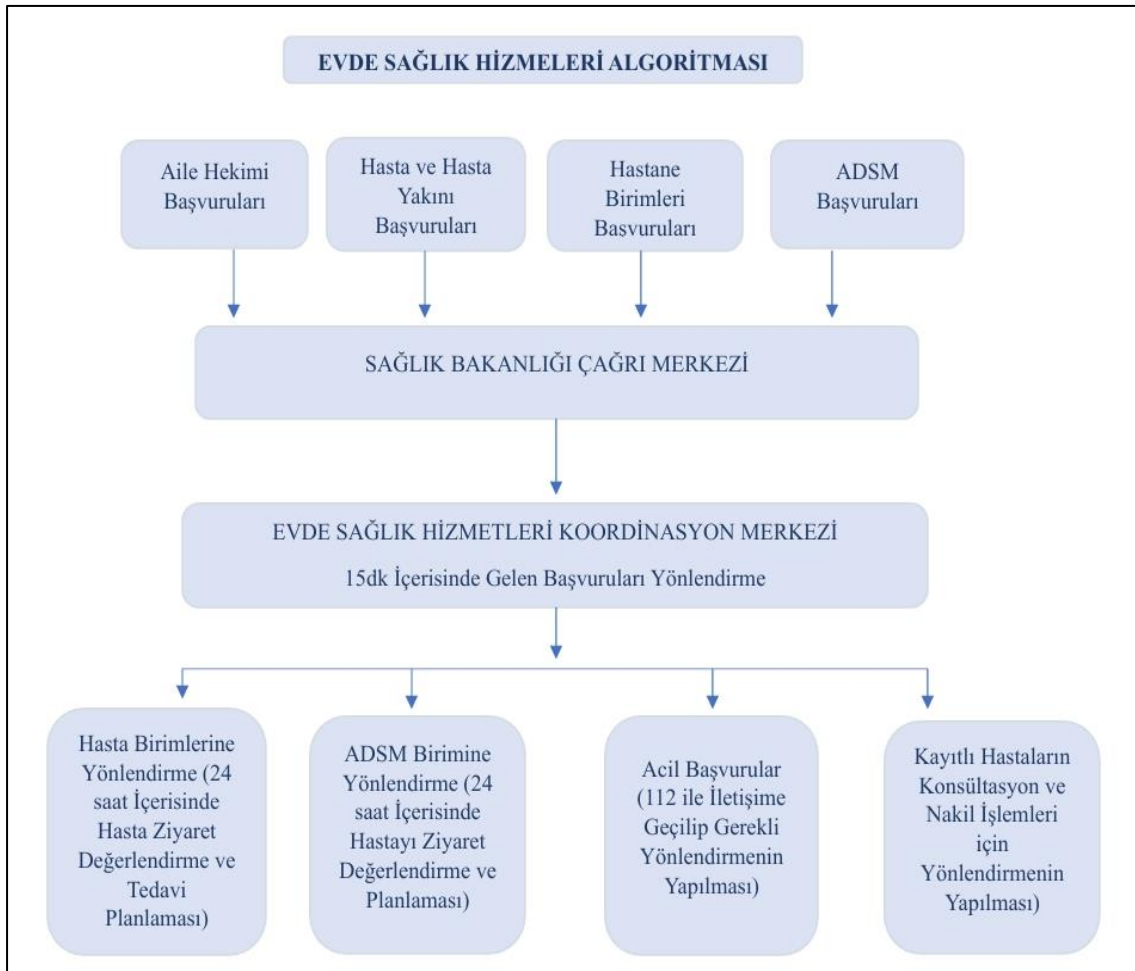
D Tipi Birimler ise ağız ve diş sağlığı merkezleri veya diş hastanelerinde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında kurulmaktadır. Bu birimlerde bir hekim ve bir tekniker görev yapmaktadır (Cansever, 2024).

ESKOM tarafından görevlendirilen ekip, hizmet alması uygun bulunan hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek hizmet düzeyini belirlemektedir. Bu değerlendirme sonucunda, hizmetin aile hekimliği veya birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulup sunulmayacağına karar verilmektedir. Hastaya ait sağlık durumu ve kişisel bilgileri içeren belgeler koordinasyon merkezine iletilerek sürecin resmi başlangıcı yapılır (Resmi Gazete, 2023).

Hizmet süreci, randevu sistemine dayalı olarak planlı ve koordineli bir şekilde yürütülmektedir. Hastanın sağlık durumuna göre ziyaret günleri önceden belirlenir ve

ziyaretler plan dahilinde gerçekleştirilir. Her hasta için bir hasta dosyası oluşturulmakta olup bu dosyada; hastanın sağlık durumu, kullandığı cihaz ve ekipmanlar, ilaçlar ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Ayrıca, profesyonel ekip tarafından yapılan tüm işlemler, hastanın durumu, ziyaret tarih ve saatleri, kullanılan cihazlar ve hastalığın seyri ayrıntılı şekilde kaydedilmektedir. Hizmet süresince oluşturulan tüm kayıtlar hem hasta hem de birimde bulundurulmakta, hizmetin sona ermesi durumunda ise ilgili kayıtlar kurum arşivinde muhafaza edilmektedir (Resmi Gazete, 2023). ESH genel işleyişi Benli tarafından (2021) aşağıda Şekil 1.3’deki gibi şekillendirilmiştir.

Şekil 1.3: ESH Algoritması



Kaynak: (Benli, 2021)

Evde sağlık hizmetlerinin sonlandırılma nedenleri;

- Hastanın iyileşmesi,
- Profesyonel ekip tarafından sağlanan hizmete gerek kalmaması,
- Hastanın vefat etmesi,

- Hastanın hizmeti istememesi,
- Bilinci yerinde olmayan hastaların hasta yakınlarının artık hizmet almak istememesi,
- Hastanın yer değişikliği yaparak hasta kaydının yeni bölgeye aktarılması

gibi durumlarda hastanın hizmetine son verilir (Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü, 2020).

2011 yılı “Sağlıkta Uygulama Tebliği”ndeki değişiklik ile evde sağlık hizmetleri gününbirlik tedavi kapsamına alınarak ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılmaya başlamıştır. Hizmet kapsamında yapılacak olan her işlemin harcaması SGK tarafından ödenmektedir (TÜSEB, 2021).

Günümüzde ülkemizde 81 ilde 86 evde sağlık il koordinasyon merkezi, 727 hastane, 309 birinci basamak sağlık birimi ve 147 ağız ve diş sağlığı merkezinde evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Cansever, 2024). Sağlık Bakanlığına bağlı evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı evde sağlık hizmeti alan hasta sayısı 2017 yılında 311.780 kişi iken, 2023 yılında 713.585’e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2024).

1.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantaj ve Dezavantajları

1.5.1 Avantajları

Evde Sağlık Hizmetleri’nin (ESH) en önemli avantajlarından biri, ileri derecede engelli bireyler, palyatif bakım hastaları, solunum veya başka bir cihaza bağımlı yaşayan kişiler ile hareket kısıtlılığı bulunan hastalar için daha kısa sürede, daha konforlu ve erişilebilir bir sağlık hizmeti sağlamasıdır (Lee, 2023). Bu hizmet, sağlık profesyonellerinin hastane dışında da hastalara ulaşabilmesine, hastaların sağlık durumlarını yakından izleyerek onlarla sürekli iletişim kurmasına olanak tanır. Böylece belirlenen tedavi planına hem sağlık ekibi hem de hasta tarafının uygun şekilde uyum sağlaması mümkün olur ve tedavi sürecinin olumlu ilerlemesine veya başarıyla sonlandırılmasına katkı sunar (Philip vd., 2021).

Ayrıca ESH, hastane dışında sağlık hizmeti devamlılığı gerektiren hastaların evden bakım alma taleplerini karşılayarak hastanelerde gereksiz yoğunluğu önler, sağlık hizmeti maliyetlerini azaltır ve modern toplumun sağlık ihtiyaçlarıyla uyum sağlar. Bu özellikleriyle ESH, sağlık hizmetleri arasında geleceğe yönelik önemli bir model olarak öne çıkmaktadır (Mounib vd., 2023). Buna ek olarak, hizmete zamanında erişim,

süreklilik, planlı işleyişe uygunluk ve taraflar arasında güçlü bir koordinasyon sağlaması, evde sağlık hizmetinin önemini daha da artırmaktadır (Boling ve Kinoshian, 2022).

Hizmetin bir diğer avantajı, hastaların mahremiyetini koruyarak kendilerine uygun ve rahat bir tedavi ortamı sunmasıdır. Hastanın kendi evinde bakım alması, özellikle kronik rahatsızlıkların yönetiminde kritik bir rol oynar ve bu süreçte hastaların sağlıklarını günlük olarak yönetme becerilerini geliştirmelerine katkı sağlar (Masoumi vd., 2021). Evden verilen sağlık hizmeti, hastaların ve hasta yakınlarının tedavi sürecine etkin katılımını teşvik ederek yaşam kalitelerini korumalarına ve sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olur. Bu durum, sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına ve hastanelerdeki doluluk oranlarının azaltılmasına da önemli ölçüde katkı sağlar (Mascolo vd., 2021). Sağlık harcamalarındaki kontrol ve hastane yoğunluğunun azalması, ulusal sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kritik bir avantajdır.

Tüm bu avantajlar, evde sağlık hizmetlerini, hızla yaşlanan nüfusun sağlık gereksinimlerine etkili ve pratik bir yanıt sunan bir sistem haline getirmektedir. Böylece hizmet, hastaların mümkün olan en sağlıklı ve güvenli şekilde yaşlanmalarını destekler (Wang vd., 2022). Ayrıca evde bakım, hastaların ve yakınlarının hastalık yönetimi, olası acil durumlara hazırlık ve psikolojik destek açısından güçlenmelerini sağlayarak hizmet sürecinde güven duygusunu artırır (Srithumsuk vd., 2024).

1.5.2. Dezavantajları

Her ne kadar ESH birçok hasta için rahatlatıcı bir çözüm sunsa da bazı durumlarda hastaların iyileşme umudunu olumsuz etkileyerek dezavantaj oluşturabilmektedir. Bazı hastalar bu nedenle evde sağlık hizmetini kabul etmek istememekte veya hastaneden ayrılmaya direnç göstermektedir. Bu durum, hastalık seyrinde beklenen olumlu gelişmelerin sağlanmasını zorlaştırmaktadır (Arslan vd., 2019). Hasta açısından dezavantaj oluşturabilen bu durumun yanı sıra, sağlık sisteminin hem odağının hem de hizmet ortamının değişmesi, evde sağlık hizmetlerinin karşılaştığı bir diğer zorluktur (Endang vd., 2022).

Hizmet sürecinde hasta, hasta yakını ve sağlık personeli arasında etkili bir iletişim kurulamadığı takdirde, hizmetin verimliliği olumsuz yönde etkilenebilir (Alourdass, 2020). Sürecin başarılı şekilde ilerlemesi için tarafların iş birliği içinde olması ve hizmetin ortak bir anlayışla sürdürülmesi büyük önem taşır.

Bunun yanı sıra, ev ortamında hizmet sunulması, özel yaşamın gizliliğinin zedelenmesine yol açabilir. Aynı şekilde, sağlık personelinin kişisel güvenliğinin tam anlamıyla sağlanamaması da bir risk faktörüdür. Her iki tarafın bu durumdan duyabileceği rahatsızlık, hizmetin etkisini ve kalitesini düşürebilmektedir (Uslu, 2022). Ayrıca sağlık personelinin alışık olduğu hastane ortamı dışında çalışması, hizmetin verimliliğini azaltabilecek bir diğer dezavantajdır (Solmaz ve Altay, 2019).

Son yıllarda hizmet kapsamına küçük yaş grupları da dahil edilse de pediatrik alanda uzman personel ve eğitilmiş hemşire eksikliği devam etmektedir. Bu yetersizlik hem hizmete olan talebi azaltmakta hem de sürecin sürekliliğini olumsuz etkilemektedir (Simpser ve Hudak, 2017). Sürecin verimsiz ilerlemesi veya kesintiye uğraması, yeniden hastaneye yatışları beraberinde getirmektedir.

Acil durumlar da evde sağlık hizmetleri açısından önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunmaması, komplikasyon gelişmesi, tıbbi cihaz arızaları, sonda veya damar yolu tıkanıklığı gibi durumlarda müdahalenin gecikmesine yol açabilir (Gürer, 2021).

Ayrıca ESH'nin hastane dışında sunulması, hizmetin denetimini güçleştirmektedir. Sağlık personelinin gerçekleştirdiği işlemlerin, hastaya yaklaşımın, ziyaret saatlerine uyumun, hastalık seyrinin izlenmesinin ve gerekli kayıtların tutulmasının denetlenmesi oldukça zordur. Ev ortamının tedaviye uygunluğunun değerlendirilememesi de özellikle enfeksiyon riski yüksek hastalarda hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir (Çoban ve Esatoğlu, 2021). Bu olumsuzluklar, tedavi sürecinin başarısız olmasına, hastaneye yeniden yatışların artmasına ve hasta durumunda kötüleşmeye neden olabilmektedir (Shang vd., 2020).

Son olarak, evde sağlık hizmetleri hasta açısından konforlu ve güvenli bir seçenek olarak görülse de hasta yakınları için sürecin yıpratıcı ve psikolojik açıdan zorlayıcı olabilmesi dezavantaj yaratmaktadır. Hasta yakınları, sürecin en kritik bileşenlerinden biridir; ancak bakımın uzun sürmesi, fiziksel ve psikolojik yorgunluk, hatta depresyon gibi sorunlara yol açabilir (Cerrah vd., 2024). Bu olumsuzluklar, zamanla hasta bakımında isteksizlik veya yetersizlik problemlerine neden olarak hizmet kalitesini düşürmektedir (Yurtseven, 2022).

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı

Hasta, fizyolojik veya psikolojik rahatsızlık nedeniyle vücudun normal işleyiş fonksiyonlarını yerine getiremediği durumda tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan birey ya da herhangi bir sağlık kuruluşunun sunduğu sağlık hizmetine gereksinim duyan ve bu hizmetten yararlanan kişi olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Memnuniyet kavramı ise Türk Dil Kurumu'na göre “memnun olma, sevinme” anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, literatürde memnuniyet, bireyin hizmet veya ürün konusundaki izlenimi ile beklentisi arasındaki karşılaştırmadan doğan haz duygusu olarak tanımlanmaktadır. Hizmet veya ürün sonrası bireyde oluşan algının beklentiyle örtüşmesi, memnuniyetin oluşmasına neden olmaktadır (Ramli, 2017).

Hasta memnuniyeti kavramı ilk olarak 1957 yılında, hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyini belirlemek amacıyla Abdellah ve Levine tarafından geliştirilmiştir. Zamanla sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti önemli bir gösterge haline gelmiş; 1980'li yıllarda sağlık kurumları tarafından pazar payını artırmak amacıyla bir performans ölçütü olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren ise hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunumunda bakım kalitesinin en önemli sonuçlarından biri olarak kabul edilmiştir (Abusalem vd., 2013).

Günümüzde hasta memnuniyeti, hastanın bir sağlık kuruluşundan veya sağlık profesyonelinden aldığı hizmetten ne ölçüde memnun kaldığını gösteren önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçüt yalnızca hizmetin kalitesini değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının empati düzeyi, iletişim becerisi ve sunulan hizmetin etkinliği gibi tıbbın çeşitli boyutlarını da ortaya koymaktadır (Bhardwaj, 2021). Dolayısıyla, hastanın aldığı hizmet karşısında olumlu bir tutuma sahip olması, beklentilerinin karşılanması ve

hizmetten tatmin duyması hasta memnuniyeti olarak tanımlanmaktadır. Nitekim Amerikan Hemşirelik Derneği de hasta memnuniyetini, hastanın aldığı sağlık hizmeti süreci boyunca hizmete yönelik tutum ve algıladığı değer olarak açıklamaktadır (Dewi vd., 2022).

Diğer bir ifadeyle, hasta memnuniyeti yalnızca hizmetin genel deneyimiyle sınırlı olmayıp, hastanın hizmetin farklı yönlerine ilişkin algıladığı kalitenin değerlendirilmesine dayanan bir göstergedir. Bu bağlamda, hasta memnuniyeti, sağlık sunucusunun sunduğu hizmetin kalitesini ölçmede etkili bir araç olarak kabul edilmektedir (Nguyen, 2023). Süreç; hastanın hizmete başvurmadan önceki beklentisinden başlayarak, hastanenin düzeni, hijyen koşulları, sağlık personelinin ilgisi, bekleme süreleri ve taburculuk sonrası iyileşme durumu gibi birçok unsuru kapsamaktadır. Dolayısıyla, bu süreç boyunca hastada oluşan tatmin derecesi hasta memnuniyetini ortaya koymaktadır. Özetle, hastanın hizmete başvurmadan önceki beklentileri ile hizmet süreci ve sonrasındaki deneyimlerinin karşılaştırılması sonucunda oluşan tutum, hasta memnuniyeti olarak değerlendirilmektedir (Çetintürk, 2016). Hastalarda oluşan hizmet öncesi, hizmet sırası ve hizmet sonrası oluşabilecek örnek beklentiler Tablo 2.1’de ele alınmıştır.

Tablo 2.1: Hastada Oluşan Beklenti Aşamaları

Kuruma Başvuru Öncesi Beklentiler	Kurum İçi Beklentiler	Kurumdan Ayrıldıktan Sonraki Beklentiler
Hastalığın doğru teşhis edilmesi	Prosedür, tahmin ve açıklamaların açıkça belirlenmesi	Aynı problemle tekrar kuruma başvuru yapılmaması
Hastalığın açık ve anlaşılır anlatılması	Hizmet sunucuların ilgili ve saygılı davranması	Hizmet faturasının tam ve uygun bir şekilde açıklanması
Olası risklerin açıkça ifade edilmesi	Teşhis ve tedavi süreci konusunda hastanın bilgilendirilmesi	İyileşme sürecinin daha önce belirtildiği gibi ilerlemesi
Harcamaların net bir şekilde açıklanması	Tedavi sürecinde hizmet sunucuların görevlerini istekli ve eksiksiz yapması	Hizmet sonrası süreçte problemin tekrarlaması halinde hastaya dönüş sağlanması

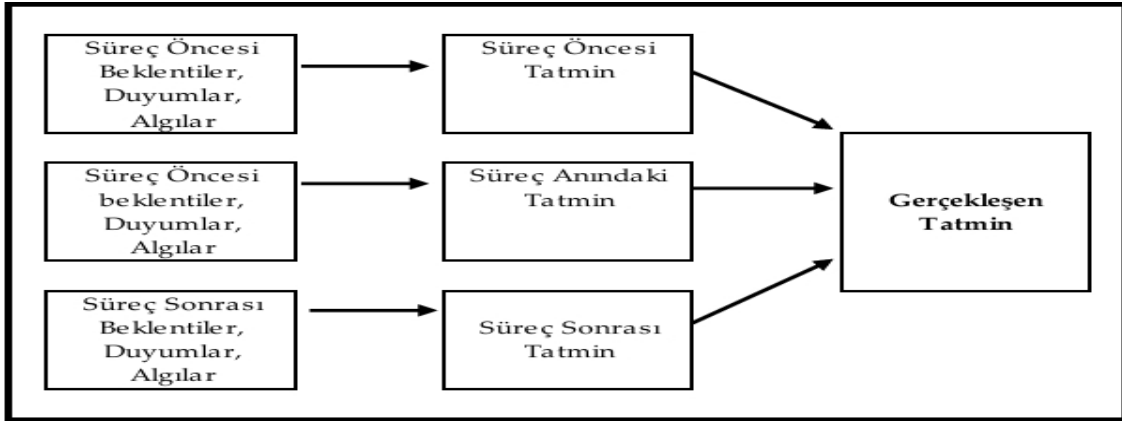
Tablo 2.1: Hastada Oluşan Beklenti Aşamaları (Devamı)

Verilerin güvenilir ve yeterli olması	Kurumun temizlik ve hijyen kurallarına uygunluğunun sürekli gözlemlenmesi	
	Beslenme hizmetlerinin uygun miktarda ve zamanında sağlanması	
	İstek ve şikayetlerin dikkate alınması	

Kaynak: (Aydın, 2016)

Hasta memnuniyeti aslında hastanın önceki duyum, deneyim ve algılarına dayanır. Daha sonra hizmetle birlikte gelişen duyum, deneyim ve tutumlar ile hizmet sonrası daha çok hastanın hizmetle ilgili geri bildirimiyse hasta memnuniyet süreci tamamlanır. Yani hasta memnuniyeti hastanın bilişsel, duygusal ve davranışsal değerlendirmelerini ortaya koymasısıdır (Derin ve Demirel, 2013). Hasta memnuniyet süreci genel bir yapıyla Şekil 2.1’de ele alınmıştır.

Şekil 2.1: Hasta Memnuniyet Süreci



Kaynak: (Derin ve Demirel, 2013)

2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Günümüzde sağlık sektörünün gelişmesi ve sağlık kurumlarının sayısının giderek artmasıyla birlikte, sağlık hizmeti sunucuları arasında yoğun bir rekabet ortamı oluşmuştur. Bu rekabet ortamında varlığını sürdürebilmek isteyen sağlık kurumları, sürekli gelişim göstermeli ve değişen koşullara uyum sağlamalıdır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği açısından kaliteyi yakalamak ve hasta memnuniyetini

sağlamak en temel stratejik hedefler arasında yer almaktadır. Nitekim sektörün devamlılığı söz konusu olduğunda, hasta memnuniyetinin göz ardı edilemeyecek bir öneme sahip olduğu görülmektedir (Putri vd., 2023). Memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi, hastaların sağlık kuruluşunu tekrar tercih etme olasılığını ve kuruma yönelik sadakatini artıran kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Bununla birlikte, hasta memnuniyeti yalnızca tekrar tercih edilme olasılığını etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen, mevcut problemlerin saptanmasını ve bu problemlerin değerlendirilmesini sağlayan bir gösterge niteliği taşımaktadır. Bu noktada, memnuniyetin belirlenmesinde en önemli bilgi kaynağını hasta görüşleri oluşturmaktadır. Hastaların görüşlerinin dikkate alınması; hizmete uygun politikaların geliştirilmesine, hasta ihtiyaçlarının doğru anlaşılmasına, sürecin stratejik olarak planlanmasına ve gerekli kaynakların etkin şekilde tahsis edilmesine katkı sağlayarak hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesini mümkün kılmaktadır (Afrastehfar vd., 2020). Dolayısıyla, hizmet kalitesinin artırılabilmesi için sağlık kurumlarının sundukları hizmetleri düzenli olarak ölçmeleri gerekmektedir. Zira yalnızca kalite ölçümü sayesinde hizmetler geliştirilebilir ve hasta memnuniyeti güvence altına alınabilir. Bu durum, hizmet kalitesi ile hasta memnuniyetinin doğrudan ilişkili ve birbirini karşılıklı olarak etkileyen unsurlar olduğunu ortaya koymaktadır (Şahin ve Şen, 2017).

Hasta memnuniyeti, aynı zamanda sağlık kurumlarına, hizmetin yapısı, işleyiş süreci ve kalitesi hakkında önemli geri bildirimler sunarak kurumun kendini değerlendirebilmesine olanak tanımaktadır. Kurumların hasta memnuniyetini öncelikli bir hedef haline getirmesi, sağlık hizmeti sunumunda kontrolü elde tutabilmesini ve rekabet gücünü artırmasını sağlamaktadır (Uçar, 2020). Bunun yanı sıra, memnuniyetin önceliklendirilmesi, kurumun tercih edilme oranını yükseltmekte ve hastaların kuruma olan sadakatini güçlendirmektedir. Bu sonucun elde edilebilmesi için en kritik adım, hasta beklentilerinin doğru şekilde belirlenmesidir. Hastaların beklentilerinin belirlenmesinde memnuniyet anketleri uygulanması, hasta değerlendirmelerinin dikkate alınması ve hastaların öneri ile geri bildirimlerinin analiz edilmesi gibi yöntemler kullanılabilir. Böylelikle, hasta beklentilerine yanıt veren bir yaklaşım geliştirilerek memnuniyet düzeyleri artırılabilir (Karaca ve Durna, 2019).

Leebov ve Scoot hasta memnuniyetinin önemi dört nedene bağlamaktadır. Bu nedenler;

- **İnsancıl Nedenler:** En iyi ve en kaliteli hizmet hastanın temel haklarından biridir.
- **Ekonomik Nedenler:** Hizmetin alıcıları hastalardır. Hasta seçtiği ve harcama yaptığı kurum tarafından talep ettiği hizmetin karşılığını almayı ister.
- **Pazarlama:** Sağlık kurumu hedef hasta kitlesini artırmak ve rekabet ortamına ayak uydurabilmek için hasta memnuniyetine önem verir. Memnun olmuş hasta sağlık kurumunun reklamı açısından gerekli bir etkindir.
- **Klinik Etkenler:** Memnun edilmiş hastalar tedavi sürecinde daha olumlu ve doğru iletişim kurmaktadır. Doğru iletişim ile hasta hekim ve personel önerisini dikkate almaktadır (Tengilimoğlu, 2020).

2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti, temelde bilişsel bir tepki olup birçok farklı unsurdan etkilenmektedir. Bu nedenle, memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hasta memnuniyetinin sağlanması ve sürdürülebilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu faktörler dikkate alındığında ve hastaların beklenti ile ihtiyaçlarına uygun hizmet sunulduğunda, memnuniyetsizliklerin ortadan kaldırılması mümkün olmakta ve böylece hasta memnuniyetinin artırılması sağlanabilmektedir (Farzianpour vd., 2015). Söz konusu faktörler; hasta özellikleri, hizmetin niteliği, sağlık çalışanlarının tutumları, kurumsal yapılar ve çevresel koşullar gibi pek çok boyutta çeşitlilik gösterebilmektedir.

2.3.1. Hastaya Yönelik Faktörler

2.3.1.1. Yaş ve Cinsiyet

Hasta memnuniyetini etkileyen unsurların başında, hastaya özgü bireysel faktörler gelmektedir. Bu bağlamda, yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikler, hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeylerinde farklılıklara yol açabilmektedir. Genel olarak, yaşlı ve kadın hastaların, genç ve erkek hastalara kıyasla aldıkları sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet duydukları literatürde sıklıkla

belirtilmektedir (Voutilainen, 2016). Örneğin, Frang ve arkadaşlarının 2019 yılında gerçekleştirdiği çalışma, yaşlı hastaların memnuniyet düzeylerinin genç hastalara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Macaallister ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü araştırmada da yaşlı hastaların memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış, ancak cinsiyetin memnuniyet üzerinde belirgin bir etkisinin bulunmadığı ifade edilmiştir. Buna karşılık, Tirgil'in (2018) çalışmasında, cinsiyet ile memnuniyet arasındaki ilişkide kadınların memnuniyet düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

2.3.1.2. Eğitim Durumu

Hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer önemli faktör, eğitim düzeyidir. Yapılan çalışmalar, eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte memnuniyet düzeyinin azaldığını ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların bilgi düzeyi ve beklentileri artmakta; bu durum da beklentilerin karşılanmasını güçleştirmekte ve dolayısıyla memnuniyet düzeyini düşürmektedir (Aydın, 2023). Yeşilyurt'un (2016) çalışmasında, eğitim düzeyi ile birlikte ekonomik ve sosyal durumu yüksek olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, meslek sahibi bireylerin, işsiz bireylere veya daha alt statüdeki kişilere göre hizmetlerden daha az memnun kaldıkları saptanmıştır. ABD'de yapılan bir diğer araştırma da yaş ve cinsiyet gibi demografik faktörlerin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını, ancak eğitim düzeyinin memnuniyeti belirgin şekilde etkilediğini göstermiştir (Amro vd., 2018). Benzer şekilde, Macaallister ve arkadaşlarının (2016) çalışması da eğitim düzeyi düşük olan bireylerin memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

2.3.1.3. Hastanede Kalış Süresi

Hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer faktör ise hastanede kalış süresidir. Hastanede uzun süre kalmak, bireyleri ev ortamının konforundan uzaklaştırması ve hastane ortamının hasta ile yakınlarında yarattığı stres nedeniyle memnuniyet düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Nitekim, hastanede kalış süresi uzadıkça memnuniyet düzeyinde azalma eğilimi ortaya çıkmaktadır (Diwan vd., 2020). Önsüz ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdiği bir çalışmada, hastanede kalış süresi ile memnuniyet arasında anlamlı bir fark bulunmamış olsa da Arıkan ve arkadaşlarının 2014

yılında çocuk hastaların ebeveynleriyle yürüttükleri çalışmada, çocuğun hastanede kalış süresinin artmasının ebeveynlerde memnuniyet düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir.

2.3.1.4. Sosyal Güvence

Hasta memnuniyetini hastaya özgü olarak etkileyen bir diğer unsur ise sosyal güvencenin varlığıdır. Sosyal güvencesi bulunan hastalar, daha kaliteli hizmet aldıkları algısına sahip olduklarından, sosyal güvencesi olmayan hastalara kıyasla sağlık hizmetlerinden daha fazla memnuniyet duymaktadırlar. Nitekim Siregar ve arkadaşlarının (2018) çalışması, sosyal güvencesi olan hastaların daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Emhan ve Bez'in (2010) araştırması da sosyal güvencesi bulunan hastaların aldıkları hizmeti daha kaliteli değerlendirdiklerini ve bu nedenle daha yüksek oranda memnuniyet duyduklarını göstermektedir. Bu bulgular, Savaş ve Bahar'ın (2011) hastanede yatan hastaların memnuniyet düzeylerini inceledikleri çalışmada da desteklenmiş olup, sosyal güvencesi olan hastaların memnuniyet düzeylerinin, sosyal güvencesi bulunmayan hastalara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

2.3.2. Sağlık Kuruluşuna Yönelik Faktörler

2.3.2.1.Hasta-Hekim İlişkisi

Hasta-hekim ilişkisi, sağlık hizmetlerinin en kritik bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu ilişki, temelde hekimin hakimiyetinde şekillenen bir iletişim biçimi olarak tanımlanabilir. Buradaki temel amaç, hastanın sağlığını korumak ve hizmet süreci boyunca tıbbi ilerleyişini desteklemektir (Chen vd., 2020). Ayrıca, hasta ile hekim arasındaki iletişimin güçlendirilmesi; bilgi alışverişinin etkin bir şekilde sağlanmasına, hastanın tedavi sürecine aktif katılımına ve karar alma mekanizmalarında yer almasına olanak tanımaktadır. Bu bağlamda, sürece aktif olarak dahil edilen hastaların, sağlık hizmetlerine ve olası sonuçlarına yönelik beklentilerinin karşılanması kolaylaşmakta ve bu durum doğrudan hasta memnuniyetini artırmaktadır. Hastanın süreçte etkin rol üstlenmesi ve hekimle kurduğu sağlıklı iletişim, yalnızca memnuniyet düzeyini yükseltmekle kalmayıp, aynı zamanda hastanın tedavi planına ve tıbbi rehberliğe uyumunu güçlendirmesi bakımından da önem arz etmektedir (Hussain vd., 2019). Hasta-hekim arasındaki bu uyum, tedavi sürecinin olumlu sonuçlanmasına, hastanın memnun ayrılmasına ve sağlık harcamalarının azalmasına katkı sağlamaktadır.

Hekim ile hasta arasındaki etkileşim, yalnızca hekim tarafından verilen bilginin niteliğiyle sınırlı olmayıp, iletişimin etkinliği ve karşılıklı anlayış da sürecin başarısında belirleyici unsurlardır. İki tarafın birbirini doğru anlaması ve yönlendirebilmesi, sürecin planlanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Doğru ve etkili kurulan bu iletişim yalnızca hastanın değil, hekimin de süreçten memnun olmasına katkı sunmaktadır (Chandra vd., 2018). Ayrıca, hasta-hekim etkileşiminden doğan memnuniyet, hekimin hizmet sunumundaki yeterliliğinin ve başarısının bir göstergesi olarak da değerlendirilmektedir. Hekimin hastasına yönelik tutumu ve etkili iletişim kurma becerisi, hastanın hekimine duyduğu güveni ve memnuniyetini artırmaktadır (Lan ve Yan, 2017). Güvenin oluşması, hasta sadakatini güçlendirmekte ve hem hekimin hem de kurumun tercih edilebilirliğini olumlu yönde etkilemektedir.

2.3.2.2. Hasta-Hemşire İlişkisi

Hemşireler, sağlık hizmeti sunum sürecinde hastalarla en sık iletişim kuran sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle, hasta ile hemşire arasında kurulan ilişkinin kalitesi, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir. Literatürde, hasta-hemşire ilişkisi diğer faktörlere kıyasla memnuniyet üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olarak belirtilmektedir. Bu ilişkide iletişimin zayıf olması durumunda, hastalar güven eksikliği yaşayabilmekte ve bu durum ilişkide bozulmaya neden olmaktadır. Zayıf iletişim, hastanın tedavi sürecine pasif katılım göstermesine ve hemşirenin yönlendirmelerini engellemesine yol açarak memnuniyetin azalmasına neden olmaktadır (Huang vd., 2024). Bu tür olumsuz durumlar, yalnızca memnuniyeti düşürmekle kalmaz, aynı zamanda hastanın iyileşme süresini uzatır ve hizmet kalitesini olumsuz etkiler. Nitekim iletişimin zayıf olduğu durumlarda, hastalar daha fazla bilgi talebinde bulunabilir, hekimin önerilerinden sapabilir ve sağlık çalışanlarıyla sürdürülebilir bir iletişim kurmakta zorlanabilirler. Bu durum, hasta beklentilerinin karşılanmamasına ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır (Molina-Mula ve Gallo-Estrada, 2020).

Öte yandan, hemşirelerin hastalara karşı sergilediği ilgili ve anlayışlı tutumlar, hasta memnuniyetinin oluşmasında belirleyici rol oynamaktadır. Hastaların hemşireler tarafından anlaşıldığını hissetmesi, ilişki kalitesini güçlendirmektedir (Wijiyanti vd., 2023). Doğru şekilde kurulan bu etkileşim; hastanın sağlık durumunda iyileşme,

psikolojik rahatlama, kendini ifade edebilme ve hizmetten genel memnuniyet gibi olumlu çıktılar sağlamaktadır (Lotfi vd., 2019). Buna karşın, hemşirelerin iletişim becerilerindeki yetersizlikler, ilgisiz tutumlar, yanlış beden dili kullanımı ve düşük sorumluluk bilinci gibi faktörler ilişkiyi olumsuz etkileyerek memnuniyet düzeyini azaltabilmektedir (Başol, 2018).

2.3.2.3. Bilgilendirme

Sağlık hizmeti süresince hastaların bilgilendirilmesi hem hukuki hem de etik açıdan temel bir hak olarak kabul edilmektedir. Bilgilendirme; hastaya uygulanacak tedavi yöntemleri, olası riskler, komplikasyonlar, tedavinin faydaları ve alternatifleri hakkında detaylı bilgi verilmesini içermektedir. Bu bilgilendirme sürecinin ardından hastanın tedaviye kendi iradesiyle onay vermesi, “aydınlatılmış onam” olarak tanımlanmaktadır (Ağın, 2023). Hastanın tıbbi müdahalelere onay verme veya reddetme hakkı, hukuka uygunluk açısından büyük önem taşımaktadır.

Tedavi sürecinde yapılacak işlemler hakkında önceden bilgilendirilmesi, hastanın sürece dahil olduğunu hissetmesini, tedaviye yönelik kaygılarının azalmasını ve daha güvenli bir deneyim yaşamasını sağlamaktadır (Akbaş, 2014). Bilgilendirmenin açık, anlaşılır ve kapsamlı olması; hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmakta, sağlık hizmetinin etkinliğini artırmakta ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (Koukiaris, 2019).

2.3.2.4. Beslenme ve Temizlik Hizmetleri

Sağlık kurumlarında sunulan beslenme hizmetleri, hasta memnuniyetini etkileyen destek hizmetler arasında yer almaktadır. Bu hizmetler, kurumun kalite anlayışının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Yemeklerin görünümü, tadı, kokusu, porsiyon büyüklüğü ve hijyen durumu, hastaların memnuniyetini doğrudan etkileyen unsurlar arasında bulunmaktadır. Ayrıca, yemeklerin hastanın sağlık durumuna uygun şekilde hazırlanması, sunum sırasında güler yüzlü bir yaklaşım sergilenmesi ve hijyen koşullarına riayet edilmesi, hizmetin kalitesini ve memnuniyet düzeyini artırmaktadır (Hariez ve Akbar, 2019; Jayadi, 2020).

Benzer şekilde, temizlik hizmetleri de yalnızca memnuniyet için değil, aynı zamanda hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi açısından kritik bir faktördür. Hijyen standartlarının uygulanması, düzenli dezenfeksiyon yapılması ve bu konuda titiz

bir yaklaşım sergilenmesi hem hasta güvenliğini hem de memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (Çetin, 2024).

2.3.2.5. Güven

Hastaların sağlık kuruluşuna ve sağlık profesyonellerine duyduğu güven, tedavi sürecine uyum ve yapılan müdahalelerin etkinliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Güven ortamının sağlandığı bir hizmet sürecinde, etkili iletişim kurulmakta, hasta kendini rahatça ifade edebilmekte ve geri bildirim vermekten çekinmemektedir. Bu durum, hem tedavi sürecinin etkinliğini artırmakta hem de hasta memnuniyetini güçlendirmektedir (Wang vd., 2024).

Özellikle sağlık kurumuna duyulan güven, hizmetin kalitesinin algılanmasında belirleyici bir unsurdur. Kalitenin artması memnuniyet düzeyini yükseltirken, memnuniyetin azalması güveni de olumsuz etkilemektedir (Aydın, 2021). Ayrıca güvenin sağlanması, hasta sadakatini güçlendirmekte ve kurumun tercih edilebilirliğini artırmaktadır. Hastalar, kendilerini güvende hissettikleri ve beklentilerinin karşılanacağına inandıkları kurumları tercih etme eğilimindedir (Gavurova ve Kubak, 2021).

2.3.2.6. Ücret

Hasta memnuniyetini etkileyen unsurlardan biri de sağlık hizmetinin maliyetidir. Ücret faktörü, özellikle maddi imkânları sınırlı veya sosyal güvencesi bulunmayan hastalar için önemlidir. Sağlık hizmetinin en temel haklardan biri olması nedeniyle, hastalar bu hizmeti mümkün olduğunca düşük maliyetle almayı tercih etmektedir. Dolayısıyla, hizmetin maliyeti ve ödeme kolaylığı, hastaların sağlık hizmetine erişimini ve memnuniyet düzeyini doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Çakır, 2015). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda ücret faktörünün memnuniyet üzerinde sınırlı bir etkisi olduğu belirtilmiştir. Ancak hastalar, maddi imkânları doğrultusunda sağlık kurumu seçimi yapmakta ve seçtikleri kurumdan yüksek düzeyde hizmet kalitesi beklemektedirler. Beklentilerin karşılanması ise memnuniyet üzerinde doğrudan belirleyici bir rol oynamaktadır (Asıgbulmuş, 2016).

2.3.2.7. Bürokrasi

Sağlık hizmeti sürecinde yer alan bürokratik işlemler, hasta memnuniyetini etkileyen önemli unsurlardan biridir. Randevu alma, bekleme süreleri, sevk işlemleri, test sonuçlarının değerlendirilmesi ve reçete temini gibi aşamalarda yaşanabilecek aksaklıklar, hastaların memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (Araz, 2019). Hastalar, sürecin kesintisiz ve hızlı ilerlemesini, tedavi ve taburculuk aşamalarında gereksiz beklemelemlerden kaçınılmasını beklemektedir. Bürokratik süreçlerin etkin bir şekilde yürütüldüğü sağlık kuruluşlarında hem hasta memnuniyeti hem de kurumun tercih edilebilirliği ve hasta sadakati artmaktadır.

2.3.2.8.Hasta Mahremiyeti

Hasta mahremiyeti, sağlık profesyonelleri ve kurum tarafından teşhis ve tedavi amacıyla yasal yollarla elde edilen, ancak hizmet sürecinde izinsiz olarak açıklanması yasak olan kişisel bilgilerin gizliliği olarak tanımlanır. Mahremiyetin korunması yalnızca yasal bir zorunluluk değil, aynı zamanda sağlık profesyonelleri ve kurumların etik sorumluluğudur (Tan vd., 2023). Hastaların kişisel, psikolojik ve sağlık bilgilerinin gizliliğinin sağlanması, onların kuruma ve sağlık profesyonellerine duyduğu güveni artırır ve sürece aktif katılımını kolaylaştırır. Dolayısıyla, hasta mahremiyeti, memnuniyetin sağlanmasında göz ardı edilemeyecek derecede önemlidir. Nitekim Karakuş ve Yılmaz'ın (2022) çalışmasında, mahremiyete gösterilen özenin hasta memnuniyetini %50 oranında etkilediği ortaya konulmuştur.

2.3.3.Hizmete Erişebilirlik ve Çevresel Faktörler

2.3.3.1.Hizmete Ulaşılabilirlik

Sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirlik, bireylerin ihtiyaç duydukları hizmete zamanında, kolay bir şekilde ve uygun şartlarda erişebilmesini ifade etmektedir. Ulaşılabilirlik, hizmete başvuru sürecinin kolaylığı, randevu sisteminin problemsiz ilerleyişi ve ihtiyaç duyulan hizmetin zamanında sunulmasını kapsamaktadır. Hizmete kolay ulaşım, bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetten yararlanma düzeyini artırmakla birlikte hastaların memnuniyetini de olumlu yönde etkilemektedir. Aksi takdirde, hizmete erişimde yaşanabilecek herhangi bir problemde hastaların hizmete yönelik algılarını olumsuz yönde etkileyerek memnuniyetin azalmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Aydın,2022).

2.3.3.2.Bekleme Süresi

Bekleme süresi, hastanın sağlık kurumuna başvurusundan taburcu olmasına kadar geçen toplam süreyi ifade eder. Bu süreç; muayene bekleme zamanı, doktorla geçirilen süre, tahlil ve tetkik süreleri, sonuç bekleme ve taburculuk işlemleri gibi aşamaları kapsamaktadır (Nottingham vd., 2018). Sağlık kurumunda geçirilen bu sürenin hasta memnuniyeti üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Genel olarak, uzun bekleme süreleri hastalarda memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Ancak bazı hastalar, uzun bekleme süresini doktorların hastalara daha fazla özen gösterdiğinin bir göstergesi olarak algılayabilmektedir. Bu bağlamda, bekleme süresinin kısa ya da uzun oluşu, hastalar tarafından farklı şekillerde değerlendirilmektedir. Bazı hastalar için uzun bekleme süresi, hizmet kalitesinin yüksek olduğu izlenimini uyandırarak memnuniyeti artırabilmektedir (Lee vd., 2019).

2.3.3.3.Coğrafi Erişim

Sağlık hizmetlerine coğrafi erişim, bireylerin yaşadıkları yer ile sağlık kuruluşları arasındaki mesafe, ulaşım imkanları ve altyapı durumlarını ifade etmektedir. Kırsal veya dağlık bölgelerde yaşayan bireylerin ulaşım güçlüğü yaşamaları sağlık hizmetine erişimde güçlükler yaşamaları hizmeti sınırlandırdığı için hizmetten yararlanma düzeyini olumsuz etkileyerek memnuniyeti olumsuz etkilemektedir. Evde sağlık hizmetleri, coğrafi erişimin kısıtlı olduğu bölgeler için önemli bir alternatif oluşturmaktadır. Bu alternatif hizmet, hizmete eşit erişim imkanını desteklemekte ve hastaların tedavi, takip ve kontrollerinde sürekliliği artırmaktadır (WHO, 2010). Coğrafi erişim problemlerinin azaltılması, hastaların hizmete karşı tutumunu etkileyen temel faktörlerde biri olarak değerlendirilmektedir (OECD, 2017)

2.3.3.4.Fiziksel Çevre Koşulları

Sağlık kurumlarının fiziksel ve çevresel özellikleri, hasta memnuniyetini etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Kurumun sahip olduğu konum, ısıtma sistemi, aydınlatma düzeni, otopark imkânı, temizlik standartları, kuruma erişim kolaylığı ve teknolojik altyapı gibi faktörler, hasta deneyimini doğrudan etkilemektedir. Özellikle kalabalık ve karmaşaya açık bir yapıya sahip olan hastanelerde, tedavi süreçlerinin kesintisiz ve hızlı bir şekilde ilerleyebilmesi için fiziksel düzenlemelerin yoğun işleyişe uygun şekilde planlanması büyük önem taşımaktadır. Ortamın sıcaklık düzeyi,

ışıklandırma koşulları ve hijyen kurallarına uyum, hasta tatmini üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Ayrıca, kurumun stratejik bir konumda bulunması ve yeterli otopark imkânına sahip olması, olası acil durumlarda veya genel erişim açısından hastaların ve yakınlarının sürece adaptasyonunu kolaylaştırmaktadır (Waroonkun, 2018). Bu tür çevresel faktörler, hastaların hizmetten aldıkları memnuniyet düzeylerini artıran kritik bileşenler olarak değerlendirilmektedir.

2.3.3.5. Donanım ve Teknik Olanaklar

Sağlık hizmetlerin teknik olanakların yeterliliği, hizmetin hızlı, güvenli, kaliteli ve etkili sunulması açısından önemli bir role sahiptir. Tıbbi cihazların güncel ve ihtiyaca uygun olması, teşhis, tedavi ve bakım süreçlerinin kalitesini artırmakta ve hastaların memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir. Evde sağlık hizmetleri de dahil birçok sağlık hizmetinde teknolojik altyapı, işlevsel cihazlar ve taşınabilir ekipmanlar, hastane yatış oranlarını azaltmakta ve hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır (Leff vd., 2005). Hizmet sürecinde yaşanan donanımsal eksiklikler olası riskleri artırabilmekte, hastalarda sisteme ve personele karşı güvensizliğe sebep olabilmekte ve dolayısıyla memnuniyetin de azalmasına neden olabilmektedir.

2.4. Evde Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti

Evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların büyük çoğunluğunu ileri yaş grubundaki bireyler ve kronik rahatsızlıkları bulunan hastalar oluşturmaktadır. Bu durumda, hastaların yalnızca fiziksel durumları değil; hastalık ve tedavi süreçlerinin beraberinde getirdiği psikolojik etkiler de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, söz konusu hasta grubuna daha duyarlı ve özenli bir yaklaşım sergilenmesi büyük önem taşımaktadır (İncesu vd., 2014). Hassas bir duruma sahip olan bu hastaların, aldıkları hizmetten en kaliteli ve en verimli şekilde yararlanmaları ve hizmet sürecinin sonunda memnuniyet duymaları, evde sağlık hizmetleri sisteminin temel amaçlarından biridir.

Evde sunulan sağlık hizmetleri, hastane ortamından farklı koşullarda gerçekleştirildiği için, hastaların beklentilerinde de bazı farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, sağlık ekibinin randevu saatine zamanında gelmesi, hasta ve yakınlarına hizmet süreci, cihaz kullanımı, hasta bakımı ve acil durumlarda yapılması gerekenler gibi konularda yeterli bilgilendirme sağlanması, sağlık personelinin hastaya

karşı duyarlı bir yaklaşım sergilemesi, ev ortamında sunulan tıbbi hizmetlerin hijyen standartlarına uygun yürütülmesi ve hasta mahremiyetine özen gösterilmesi gibi faktörler, hastalarda önemli beklentiler oluşturmaktadır. Bu unsurların karşılanma düzeyi, doğrudan hasta memnuniyetini etkilemektedir.

2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Boyutları

2.5.1.Erişilebilirlik Boyutu

Sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine zamanında, uygun koşullarda ve eşit biçimde ulaşabilmesini ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü erişilebilirliği, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve hizmet kalitesinin temel bileşenlerinden biri olarak tanımlamakta ve hizmet sunumunda sürekliliğin sağlanabilmesi için erişimin kolaylaştırılmasının önemini vurgulamaktadır (WHO, 2018). Bu kapsamda erişilebilirlik; yalnızca fiziksel ulaşımı değil, hizmete başvuru süreci, randevu ve rotasyon sistemleri, bekleme süreleri ve hizmet sunumunun sürekliliği gibi çok boyutlu unsurları içermektedir.

Erişilebilirlik hasta memnuniyeti açısından değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerine kolay ve zamanında ulaşım bireylerin hizmetten duydukları memnuniyeti doğrudan etkilemektedir. Uzun bekleme süreleri, randevu alma güçlükleri ve hizmete erişimde karşılaşılan resmi engeller, hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Literatürde, hizmete zamanında ve kolay erişimin sağlanmasının hastaların sağlık hizmetlerine yönelik olumlu algılarını güçlendirdiği ve hizmete duyulan güveni artırdığı belirtilmektedir (Aydın, 2022).

Evde sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik, hastaların sağlık kuruluşuna gitme zorunluluğunu ortadan kaldırması nedeniyle özel bir önem taşımaktadır. Evde sunulan sağlık hizmetleri; yaşlı, felçli, kronik hastalığı bulunan, hareket kısıtlılığı yaşayan ve yatağa bağımlı bireyler için sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir kolaylık sağlamakta; düzenli ev ziyaretleri, sağlık personeline ulaşılabilirlik, bilgi alabilme imkânı ve taleplere hızlı yanıt verilmesi yoluyla hasta memnuniyetini artırmaktadır (Yılmaz ve Güleç, 2017).

2.5.2.Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyeti Boyutu

Evde sağlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin kendi yaşam ortamlarında karşılanmasını temel alan ve daha hasta merkezci bir yaklaşımı

amaçlayan bir hizmet modelidir. Bu hizmetler; hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bir bütün olarak ele almayı amaçlamaktadır. Özellikle yaşlı, kronik hastalığı bulunan, yatağa bağımlı ve hareket kısıtlılığı yaşayan bireyler için önemli avantajlara sahiptir. Literatürde evde sağlık hizmetlerinin, hastanede kalış süresini azaltarak bireylerin yaşam kalitesini artırdığı ve evde sunulan sağlık hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Karaca ve Durna, 2019). Hastaların kendi ev ortamlarında ihtiyaç duydukları bakımı almaları, kendilerini daha rahat hissetmelerine katkı sağlamakta, böylece de hastanın hizmetten duyduğu memnuniyet düzeyini artmaktadır.

Hasta memnuniyeti, evde sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini değerlendirmede önemli bir çıktı olarak kabul edilmektedir. Evde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeyi; hizmetin yeterliliği, sürekliliği, sağlık personelinin hastaya ayırdığı zaman, personelin hastayla olan ilişkisi ve hastanın bakım sürecine dâhil edilmesi gibi unsurlarla yakından ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, evde sağlık hizmetlerinin kişiye özel yapısının hasta beklentilerinin karşılanmasında önemli rol oynadığını ve bu durumun genel memnuniyet düzeyini artırdığını göstermektedir (Çatak ve Bahçecik, 2017). Bu bağlamda evde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet durumu, hizmet sunumu ile hastanın beklentisinin uyumu olarak değerlendirilmektedir.

2.5.3.Tedavi ve Takip Süreci Boyutu

Tedavi ve takip süreci, hastanın tanı aşamasından sonra tedavi uygulamalarının ve yöntemlerinin planlanması, uygulanması, izlenmesi ve kontrolünü kapsayan bütüncül bir süreci kapsamaktadır. Bu sürecin etkin ve sürekli bir şekilde yürütülmesi, hasta memnuniyetinin temel boyutları arasında yer almaktadır. Tedavi sürecinin anlaşılır ve net bir biçimde planlanması, hastanın tedaviye ve sürece ilişkin bilgilendirilmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması, hastaların hizmetten duydukları memnuniyeti artırmaktadır (Şahin ve Aydın, 2016). Özellikle kronik hastalığı bulunan bireylerde düzenli takip ve kontrollerin sağlanması, tedaviye uyumu güçlendirmekte, hizmetin etkinliğini artırmakta ve olumlu hasta deneyimlerinin oluşmasına katkı sağlayarak memnuniyet düzeyini olumlu etkilemektedir.

Evde sağlık hizmetlerinde tedavi ve takip süreci, hastanın ev ortamında izlenmesini, kontrollerinin sağlanmasını ve bakım hizmetlerinin hastanın gereksinimlere

göre düzenlenmesini mümkün kılmaktadır. Hastaya özel planlanan bu süreç, hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin algılarını olumlu yönde etkilemekte ve memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Yapılan çalışmalar, evde sunulan düzenli takip hizmetlerinin hastaneye yatış azalttığını, bakım sürecinin planlanan şekilde kesintisiz ilerlemesini ve hastaların kendilerini daha rahat ve güvende hissetmelerini sağladığını ifade etmektedir (Erdem ve Yıldırım, 2018). Böylece tedavi ve takip sürecinin etkinliği, evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini belirleyen temel boyutlardan biri olarak değerlendirilmektedir.

2.5.4. Sağlık Personelinin Davranış Boyutu

Sağlık personelinin hastaya yönelik tutum ve davranışları, sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta memnuniyetini belirleyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Hasta ile sağlık personeli etkileşimi; etkili iletişim, empatik yaklaşım, saygı, güven ortamı ve hasta ve yakınına bilgilendirme gibi unsurları kapsamaktadır. Sağlık personelinin hastaya karşı anlayışlı ve destekleyici yaklaşımı, hastaların hizmetten duydukları memnuniyeti ve tedaviye uyum düzeyini artırmaktadır (Korkmaz ve Ekinci, 2018). Özellikle uzun süreli bakım gerektiren hastalarla hizmet sürecinde kurulan birebir iletişim, hastanın hizmet sürecine yönelik algısını güçlendirmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinde sağlık personelinin davranışı, hastanın kendisini rahat ve güvende hissetmesi açısından daha da kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık personelinin hastanın görüş ve beklentilerini dikkate alması, bakım sürecine aktif katılımı teşvik etmesi ve saygılı bir iletişim dili kullanması, hasta memnuniyetinin artmasına katkı sağlamaktadır. Sağlık personelinin hastalara olumlu davranışlarının, hastaların evde sağlık hizmetlerine duydukları güveni artırmasının yanında hizmetten duydukları memnuniyet düzeyini de artırmaktadır (Yalçın ve Turan, 2020). Bu doğrultuda sağlık personelinin davranışları, evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini belirleyen temel boyutlardan biri olarak değerlendirilmektedir.

2.6. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü

Sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biri hasta merkezli bakım anlayışıdır. Hasta merkezli bakım, hastaların bakım süreciyle ilgili karar alma süreçlerine dahil edilmesini, ihtiyaç ve tercihlerin dikkate alınmasını ve önceki hizmet deneyimlerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu anlayış, literatürde hasta deneyimini etkileyen faktörlerin araştırılmasına yönelik eğilimi artırmış ve dolayısıyla hasta memnuniyetinin

ölçülmesine ilişkin çalışmaların önem kazanmasına yol açmıştır (Almeida vd., 2015). Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta merkezliliğini değerlendirmede kritik bir rol üstlenen bu çalışmalar, memnuniyetin ölçülmesini bir zorunluluk haline getirmiştir.

Her ne kadar hasta memnuniyeti, hastanın duygusal tepkilerini ifade eden öznel bir kavram olsa da belirli koşulların sağlanması durumunda ölçülebilir hale gelmektedir. Ancak memnuniyetin öznel yapısı, hastanın memnuniyeti nasıl tanımladığı ve beklentilerin hangi ölçüde karşılandığının anlaşılmasındaki güçlükler, bu ölçüm sürecini zorlaştırmaktadır. Ayrıca belirli bir memnuniyet ölçeğinin uygulanması da her bireyin farklı değerler, inançlar, tutumlar ve kültürel özelliklere sahip olması nedeniyle her zaman benzer sonuçlar vermemektedir. Bu durum, ölçüm çalışmalarının standardizasyonunu güçleştirmektedir.

Hasta memnuniyetinin ölçümünü zorlaştıran bir diğer önemli unsur ise kullanılan yöntemlerin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyleridir. Güvenilirlik, ölçüm aracının farklı bireylerde tekrarlandığında benzer sonuçlar verip vermediğini ifade ederken; geçerlilik, aracın gerçekten ölçmek istediği kavramı ne derece ölçebildiğini göstermektedir. Ancak hem geçerlilik hem de güvenilirlik, sabit bir özellik olmayıp bireysel ve kültürel farklılıklardan etkilenmektedir. Bu nedenle araştırmacılar, geçerlilik ve güvenilirliği sağlama sürecinde kendi çalışma popülasyonlarına ve araştırma ortamlarına özgü uyarlamalar yapmalıdır (Hwang vd., 2020; Graham vd., 2015).

Tengilimoğlu (2020), gerçekleştirdiği çalışmada hasta memnuniyetini ölçmenin en etkili ve basit yönteminin, beklenti ve algılamaların karşılaştırıldığı beklenti-tutarlılık yaklaşımı olduğunu ifade etmektedir. Bu yaklaşıma göre, algılanan hizmet beklenen hizmetle aynı veya daha iyi olduğunda hasta memnuniyeti sağlanmaktadır. Ayrıca Tengilimoğlu, beklenti ve algılamaların tamamen bireyin zihninde şekillendiğine dikkat çekerek, memnuniyet ölçümlerinde bireyin algılama düzeyinin önemini vurgulamaktadır.

2.6.1. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Memnuniyet kavramı, çok boyutlu ve öznel bir yapıya sahip olması nedeniyle tek bir tanımla ifade edilememektedir. Sağlık hizmetini almış ve tedavisini tamamlamış hastalara yalnızca tekrar aynı kurumdan hizmet alıp almayacaklarının sorulması, memnuniyetin yeterli düzeyde ölçülmesi için yeterli değildir. Zira her hasta, hizmet öncesinde, hizmet sırasında ve hizmet sonrasında farklı beklentilere sahiptir. Bu nedenle

hizmet süreci tamamlandıktan sonra hastalarda, süreç boyunca beklentilerinin ne ölçüde karşılandığına bağlı olarak farklı düzeylerde memnuniyet oluşabilmektedir (Graham, 2016). Dolayısıyla, tek bir ölçüm yöntemiyle hasta memnuniyetinin tespit edilmesi oldukça güçtür.

Hasta memnuniyetinin ölçümü, kalitatif (nitel) ve kantitatif (nicel) araştırma yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilebilmektedir. Bu yöntemler, aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır (Tengilimoğlu, 2020).

2.6.1.1. Kalitatif (Nitel) Araştırma Yöntemleri

Kalitatif araştırmalar, sayısal verilerle temsil edilemeyen, belirli bir olguyu daha derinlemesine anlamaya odaklanan araştırma yöntemleridir. Bu yöntemlerde araştırmacı hem sürecin öznesi hem de nesnesi konumunda yer almakta ve araştırmanın doğrudan bir parçası olmaktadır. Kalitatif metodolojinin temel amacı, araştırılan problemin farklı boyutlarını kavrayabilmek için kapsamlı, açıklayıcı ve anlamlı bilgiler elde etmektir. Bu nedenle, kalitatif araştırmalar, gerçekliğin nicel olarak ifade edilemeyen yönlerine odaklanır ve sosyal etkileşimlerin dinamiklerini anlamaya ve açıklamaya yönelik bir çerçeve sunar (Queirós vd., 2017).

Bu bağlamda kalitatif araştırma, sosyal bir problemi araştırmaya ve yorumlamaya dayalı, çeşitli metodolojik yaklaşımları içeren bir anlama süreci olarak tanımlanabilir. Çalışmaya katılan bireylerin algılarının, deneyimlerinin ve görüşlerinin detaylı olarak incelenmesi bu yöntemin temelini oluşturur. Araştırmacı, bu süreçte gözlemlerini doğal ortamda yapar, elde ettiği bulguları ayrıntılı şekilde raporlar ve katılımcıların yanıtlarını analiz eder (Khan, 2014).

Sağlık araştırmalarında yaygın olarak kullanılan kalitatif araştırma yöntemleri arasında görüşmeler, odak grup görüşmeleri ve gözlemler yer almaktadır:

- Görüşmeler, bireyin öznel deneyimlerinden ve görüşlerinden yararlanmak amacıyla kullanılan temel yöntemlerden biridir. Bu yöntem, yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış veya açık uçlu sorularla gerçekleştirilebilir.
- Odak grup görüşmeleri, katılımcıların belirli bir konuya ilişkin uzmanlıklarını ve deneyimlerini ortaya çıkarmayı amaçlayan bir

yöntemdir. Bu görüşmelerde ortak bir olgu etrafında bir araya gelen grup üyeleri, yönlendirici sorular üzerinden etkileşim kurar ve görüşlerini paylaşır. Geleneksel olarak yüz yüze yürütülen odak grup görüşmeleri, günümüzde çevrimiçi platformlarda da gerçekleştirilebilmektedir (Busetto vd., 2020; Akar ve Akçay, 2024).

- Gözlem yöntemi, belirli bir olgunun işleyişine yönelik değişkenlerin nasıl ve hangi sıklıkla ortaya çıktığını belirlemek amacıyla uygulanır. Bu yöntemde araştırmacı, herhangi bir soruya başvurmadan yalnızca olguyu gözlemler, kayıt altına alır ve elde ettiği verileri çözümler (Coşkun vd., 2019).

2.6.1.2. Kantitatif (Nicel) Araştırma Yöntemleri

Kantitatif araştırma, sayısal verilerle ifade edilen ve istatistiksel yöntemlerle analiz edilen bir teori veya hipotezin sınındığı, belirli bir sorunun ele alındığı sorgulama süreci olarak tanımlanabilir (Jencik, 2011). Bu yöntem, verilerin sayısal hale getirilmesi ve elde edilen bulguların daha geniş bir kitleye genellenmesini amaçlar. Kantitatif araştırmalar kapsamında, hipotezlerin doğrulanması için verilerin toplanması, ölçülebilir hale getirilmesi ve analiz edilmesi gerekmektedir (Ghanad, 2023).

Sağlık alanında en sık kullanılan kantitatif araştırma yöntemleri arasında anketler, telefon görüşmeleri ve rutin taburcu görüşmeleri bulunmaktadır:

- Anket yöntemi, bireylerin davranış, tutum ve tercihlerini ölçmeyi ve bu unsurlar arasındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçlar (Billiet, 2013). Anketlerin güvenilir sonuçlar verebilmesi için soruların konuya uygun, anlaşılır ve tarafsız olması; katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi ve kişisel bilgilerine ilişkin sorulardan kaçınılması gerekmektedir. Anketler yüz yüze yapılabileceği gibi posta yoluyla, telefon aracılığıyla, internet üzerinden veya bilgisayar destekli olarak da uygulanabilir (Arıkan, 2018).
- Telefon görüşmeleri, özellikle sağlanan hizmete ilişkin geri bildirim almak amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Bu görüşmeler, katılımcıların memnuniyetini ölçmek ve varsa şikâyetlerini tespit etmek için sohbet tarzında gerçekleştirilir.

- Rutin taburcu görüşmeleri, hastaların sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonra memnuniyet düzeylerini değerlendirmelerine, istek ve şikâyetlerini dile getirmelerine olanak tanır. Bu geri bildirimler, sağlık hizmetlerindeki eksikliklerin belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması için önemlidir.

Kantitatif ve kalitatif yöntemlerin süreç işleyişi farklılık göstermektedir. Nitel araştırmalar soyut bir fikirle başlarken, bu fikirler ampirik gözlemlerle desteklenir ve elde edilen bulguların yorumlanmasıyla son bulur. Nicel araştırmalarda ise süreç kavramsallaştırma, operasyonelleştirme ve ölçüm gibi belirgin aşamalardan oluşur (Mehrad ve Zangeneh, 2019).

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler; hizmete erişilebilirlik, sağlık personelinin tutum ve davranışları, tedavi ve takip sürecinin etkinliği ile sunulan hizmetin genel özellikleri çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu kuramsal çerçeve doğrultusunda araştırmanın uygulama bölümünde evde sağlık bakım hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeyleri; erişilebilirlik, sağlık personeli davranışı, tedavi ve takip süreci ile genel memnuniyet boyutları kapsamında incelenmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık sektörünün temel dinamiğini hastalar oluşturmaktadır ve hastaların memnuniyet düzeyleri, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin en önemli göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinde kalite, sürekli gelişimi ve sürekliliğin sağlanmasını gerektiren dinamik bir süreçtir. Bu kaliteye ulaşmanın temel koşulu, hastaların hizmetin farklı boyutlarında yüksek düzeyde memnuniyet duymalarıdır. Bu nedenle, hasta memnuniyetinin düzenli olarak ölçülmesi ve memnuniyet düzeyini artırmaya yönelik gerekli koşulların sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma, Erzincan ilinde evde sağlık hizmeti alan hastaların sunulan hizmetten duydukları memnuniyet düzeylerini ölçerek elde edilen bulgular doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlayabilecek çözüm önerileri geliştirmeyi amaçlamaktadır. Memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, olası sorunlara yönelik çözüm önerilerinin sunulması ve bu alanda yapılacak diğer araştırmalara öncülük etmesi açısından çalışmanın akademik anlamda önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, Erzincan ili özelinde benzer bir çalışmanın daha önce yapılmamış olması, araştırmanın özgün değerini artırmaktadır.

3.2. Literatür Taraması, Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Evde sağlık hizmetleri ve hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, farklı ülkelerde ve farklı örneklemeler üzerinde yürütülen araştırmaların benzer temalara odaklandığı görülmektedir. Bu çalışmalar, hasta memnuniyetini

etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin demografik, klinik veya hizmetle ilgili özelliklerle ilişkilerinin incelenmesi açısından literatürde önemli katkılar sağlamaktadır. Aşağıda yerli ve yabancı literatürden bazı çalışmalara yer verilmiştir.

İlk olarak, Hubbeling ve Bertram (2014) çalışmalarında, evde tedavi ekibinden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini ve umut düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Anket yöntemi kullanılarak yürütülen araştırma sonucunda, hastaların genel olarak hizmetten memnun oldukları belirlenmiştir.

Benzer şekilde, Işık ve arkadaşları (2016) evde sağlık hizmeti alan hastaların profillerini ve aldıkları hizmete ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Çalışma, evde bakım hizmeti alan 214 hasta üzerinde yürütülmüş ve anket yöntemiyle veri toplanmıştır. Bulgulara göre hastalar, sağlık personelinin nezaketi, güler yüzlü davranışları ve problemlere karşı tutumlarından memnuniyet duymaktadır. Ancak, personelin açıklamalarının yetersizliği konusundaki memnuniyetsizlik dikkat çekici bir bulgu olarak öne çıkmıştır.

Chaves ve Santos (2016) tarafından yapılan çalışmada, evde sağlık hizmeti alan 44 hastanın hemşirelik bakımına yönelik memnuniyetleri üç boyutta ele alınmıştır: ilişkiler, iletişim ve sağlık eğitimi. Araştırma sonuçlarına göre, ilişkiler boyutunda daha bağımlı, evli, eğitimsiz ve kırsal bölgelerde yaşayan yaşlı erkekler daha memnun bulunurken; iletişim boyutunda, daha bağımlı, bekar, eğitilmiş ve kentsel mahallelerde yaşayan yaşlı erkekler yüksek memnuniyet göstermiştir. Sağlık eğitimi boyutunda ise daha az bağımlı, evli, eğitilmiş ve kentsel ortamlarda yaşayan genç erkeklerin daha memnun olduğu belirlenmiştir.

Kamra, Singh ve De (2016) tarafından yürütülen başka bir çalışmada, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ile katılımcıların demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışma bulguları, özellikle cinsiyetin memnuniyet üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermiştir. Kadınların, erkeklere kıyasla aldıkları hizmetten daha fazla memnun oldukları ortaya konulmuştur. Ayrıca, memnuniyetin klinik faktörlerden çok, doktor ve hemşirelerin davranışları, hizmete kolay erişim, ücretlendirme ve prosedürler gibi klinik dışı faktörlerden etkilendiği saptanmıştır.

Tirgil (2018) tarafından yapılan çalışmada, evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hasta ve hasta yakınlarının beklenti ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi

amaçlanmıştır. 303 hasta ve yakını ile gerçekleştirilen araştırmada, cinsiyete göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olduğu; kadınların erkeklerden daha memnun oldukları belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre ise eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı görülmüştür. Ayrıca, hizmet süresi ile memnuniyet ilişkisi incelendiğinde, 4 yıldan daha uzun süredir hizmet alan hastaların daha memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Gey ve Yarar (2019) tarafından yapılan çalışmada ise Kars ilinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının demografik özellikleri ve memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir. 179 hasta yakını ile yürütülen bu araştırmada, katılımcıların %65,9'unun hizmetten çok memnun olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, hasta yakınlarının genelde memnun olmalarına rağmen sağlık personelinin hastalara yeterli zamanı ayıramamasından dolayı memnuniyetsizlik yaşadıkları tespit edilmiştir.

Benzer şekilde, Gündük ve arkadaşları (2020) evde sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini ölçmeyi amaçlayan bir araştırma yapmışlardır. 375 katılımcı ile yürütülen çalışmada, katılımcıların %84'ünün hizmetten genel anlamda memnun oldukları görülmüştür. Cinsiyet ve eğitim seviyesi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamış; ancak yaş grupları arasında belirgin farklılıklar bulunmuştur. Özellikle 50-59 yaş grubundaki hastaların en yüksek memnuniyeti gösterdiği, 49 yaş ve altı grubun ise en düşük memnuniyet düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tatlı ve Kazan (2020) tarafından gerçekleştirilen bir başka araştırmada, evde sağlık hizmetini sağlayan sağlık personelinin algılanan güven ve kalitesinin, hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. 151 hasta ile yapılan çalışmada, analiz sonuçları, personel kalitesi ve güven faktörlerinin hasta memnuniyeti üzerinde orta düzeyde ve pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Balasubramanian ve arkadaşları (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada, ileri evre kanser hastalarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi değerlendirilmiştir. 120 hastaya uygulanan anket sonucunda, hastaların genel olarak hizmetten memnun oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca teknik kalite, iletişim, finansal faktörler, doktorla geçirilen süre, erişilebilirlik ve kolaylık unsurlarının da memnuniyet düzeyini olumlu etkilediği belirlenmiştir.

Gavurova ve arkadaşları (2021) tarafından Çek Cumhuriyeti'nde yapılan araştırmada ise yatarak tedavi gören 1425 hastanın memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Anket çalışması sonucunda, memnuniyetin en çok sağlık personeliyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle doktorların uzmanlık düzeyinin, hemşire ve diğer personelin profesyonelliğinden daha önemli bir faktör olduğu görülmüştür.

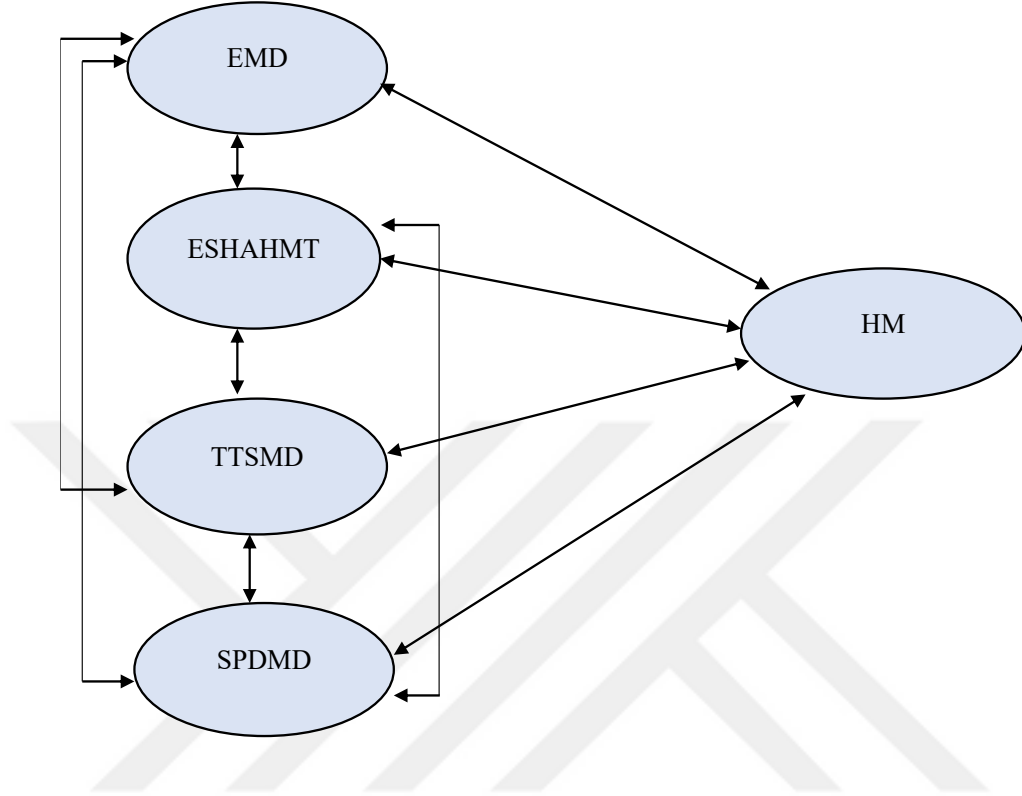
Delidaki ve arkadaşları (2022), ulusal bir hastaneden evde bakım hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Bulgular, hizmet sunan personelin davranış, tutum ve ilgi düzeylerinin memnuniyet üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Almalki (2023) tarafından yürütülen bir diğer çalışmada, ruh sağlığı merkezinden evde sağlık hizmeti alan 105 hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler analiz edilmiştir. Bulgular, genel olarak memnuniyetin yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, hasta-personel etkileşimi ve bakım sürekliliği ile memnuniyet arasında zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Son olarak, Christi ve arkadaşları (2024) Hindistan'da Mehta Kardiyoloji Araştırma Merkezi UNMICRC Enstitüsü'nde cerrahi servislerdeki hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta memnuniyeti ilişkisini değerlendirmiştir. 178 hasta ile yürütülen bu çalışmanın sonuçları, hastaların özellikle mahremiyet beklentilerinin yeterince karşılanmadığını ortaya koymuştur. Araştırmada, hemşirelerin hasta mahremiyeti ve huzuruna daha fazla odaklanmaları gerektiği ve bu faktörlerin memnuniyet üzerinde belirleyici bir rol oynadığı vurgulanmıştır.

Araştırmanın modeli Şekil 3.1'de detaylandırılmıştır.

Şekil 3.1: Araştırmanın Modeli



Bu araştırma test edici bir araştırmadır. Araştırmanın hipotezleri bu kapsamda ve literatür araştırmaları sonucu belirlenmiştir.

H₁. Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin alt boyutlarından olan erişilebilirlik memnuniyet durumu (EMD) ile hasta memnuniyeti (HM) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂. Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin alt boyutlarından olan ESH alan hastaların memnuniyet tutumu (ESHAKMT) ile hasta memnuniyeti (HM) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃. Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin alt boyutlarından olan tedavi ve takip sürecine ilişkin memnuniyet durumu (TTSM) ile hasta memnuniyeti (HM) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4. Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin alt boyutlarından olan sağlık personelinin davranışına ilişkin memnuniyet durumu (SPDMD) ile hasta memnuniyeti (HM) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Erzincan ilinde evde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik olarak yürütölmüştür. Dolayısıyla yalnızca Erzincan ilindeki hastaların araştırma kapsamına dâhil edilmesi, çalışmanın en temel sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmaya katılımın gönüllölük esasına dayanması nedeniyle yalnızca ankete katılmayı kabul eden hasta veya hasta yakınlarının dâhil edilmesi de bir diğer sınırlılık olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca araştırmanın 15 Ekim 2024- 15 Ocak 2025 tarihleri arasında, belirli bir zaman diliminde ve ilgili izinler çerçevesinde gerçekleştirilmiş olması da araştırmanın bir başka sınırlılığıdır. Bunun yanı sıra, çalışmanın devlet tarafından yürütöldüğü yönündeki algı ve hizmetin kesilmesi konusundaki endişeler, bazı hasta ve hasta yakınlarında tedirginliğe yol açmıştır. Bu durum veri toplama sürecinde çeşitli güçlüklerin yaşanmasına neden olmuştur.

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan tarama modeli çerçevesinde yürütölmüştür. Araştırmada, evde sağlık hizmeti alan hastaların demografik özellikleri ve aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet düzeyleri anket yöntemiyle ölçölmüştür. Anket uygulamaları hem yüz yüze görüşmeler hem de telefon aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler, SPSS ve AMOS paket programları kullanılarak analiz edilmiştir. Aşağıda araştırma problemine yönelik olarak kullanılan yöntem ve teknikler detaylı biçimde açıklanmıştır.

3.4.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Erzincan ili Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden elde edilen bilgilere göre kayıtlı yaklaşık 6000 hastanın olduğu fakat aktif olarak evde sağlık hizmeti alan 1000 hasta olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya, 18 yaş üstü olup psikolojik veya bilişsel herhangi bir sorunu bulunmayan hastalar, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) aracılığıyla onam alınarak dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı reddeden bireyler kapsam dışında tutulmuştur. 18 yaş altı veya psikolojik ve bilişsel problemi olan hastalar için ise anketler, Bilgilendirilmiş Gönüllü

Veli-Vasi Olur Formu (BGOVF) ile aile yakınlarından onam alınarak uygulanmıştır. Katılmayı istemeyen bireyler yine araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemini $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde %5'lik örneklem hatası ile 254 kişi oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında ise toplam 258 kişiye ulaşılmıştır.

3.4.2. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma, nicel bir çalışma olup veriler anket yöntemiyle hem yüz yüze hem de telefon görüşmeleri yoluyla toplanmıştır. Çalışma kapsamında Erzincan il merkezi ve ilçelerinde 118 katılımcıya yüz yüze, 140 katılımcıya ise telefon aracılığıyla ulaşılmış; toplamda 258 hastaya anket uygulanmıştır. Araştırma, 15 Ekim 2024- 15 Ocak 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Anket formu 20 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan 14'ü Öksüz'ün (2018) "Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" başlıklı çalışmasından, 3'ü Gey'in (2018) "Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapı ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı" başlıklı çalışmasından alınmış ve uygun atıflar yapılmıştır. Araştırmada kullanılan maddeler, katılımcıların ifadeleri daha açık ve anlaşılır biçimde değerlendirebilmesini sağlamak amacıyla cümle formuna dönüştürülmüş; yapılan düzenleme yalnızca dilsel ve biçimsel nitelikte olup maddelerin içerik ve anlam bütünlüğü korunmuştur. Bu düzenleme sonrasında ölçeğin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile, güvenirliği ise iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha) aracılığıyla yeniden test edilmiş ve elde edilen bulgular ilgili bölümde sunulmuştur. Ayrıca kapsam geçerliğini güçlendirmek amacıyla eklenen maddeler uzman görüşüne sunulmuş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Mevcut ölçeklerde doğrudan yer almayan ancak literatür ve saha deneyimleri doğrultusunda hasta memnuniyetini etkilediği değerlendirilen üç madde, iki saha hekimi ve bir akademisyenin görüşleri temel alınarak ölçeğe dahil edilmiştir. Eklenen maddeler içerik bütünlüğü açısından değerlendirilmiş ve kapsam geçerliğini desteklemek amacıyla uzman geri bildirimleri doğrultusunda son şekli verilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler sırasıyla 1-11 ile 13-15 arası Öksüz'ün çalışmasından, 16-18 arası Gey'in çalışmasından alınmıştır. Yine ölçekteki sıraya göre 12,19 ve 20'inci maddeler araştırmacı tarafından eklenmiştir.

Ölçeğin boyutları literatürde evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini oluşturan temel bileşenler doğrultusunda belirlenmiş olup; erişilebilirlik, evde sağlık

hizmeti alan hastaların memnuniyeti, tedavi ve takip süreci ile sağlık personelinin davranışı olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır.

Araştırma için hazırlanan anket formundaki ölçeklerin anlaşılır olup olmadığını belirlemek ve eksiklikleri gidermek amacıyla 20 kişiyle bir ön çalışma yapılmıştır. Bunun sonucunda gelen eleştiriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve ankete son hali verilmiştir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır: ilk bölümde demografik özelliklere, ikinci bölümde ise hastaların aldıkları hizmete ilişkin görüşleri ve hizmetten duydukları memnuniyeti ölçmeye yönelik ifadeler yer verilmiştir. Memnuniyet düzeyinin belirlenmesi amacıyla hazırlanan 20 soruluk bölümde 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekte derecelendirme şu şekilde yapılmıştır: Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum. Anket formunda yer alan maddelerin tamamı aynı yönde hazırlanmış olup, ters (reverse) ifadeler kullanılmamıştır.

3.5. Bulgular

3.5.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvence, hizmet alma süresi, hizmet öncesi ihtiyacın karşılanması, hizmetten memnun olma derecesi, hizmet sürecinde önemli olan konu, hizmet sürecinde personel tarafından ilgilenilmediğini ve önemsenmediğini hissetme durumu ve sebepleri durumlarına ilişkin bilgilere Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1: Demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Özellikler	Kategoriler	N	%
Katılımcı	Hasta	82	31,8
	Hasta Yakını	176	68,2
Hastanın Yaşı	18 yaş altı	7	2,7
	18-29 yaş	14	5,4
	30-40 yaş	10	3,9
	41-51 yaş	10	3,9
	52-62 yaş	21	8,1
	63 yaş ve üzeri	196	76,0
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	133	51,6

Tablo 3.1: Demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devamı)

	Erkek	125	48,4
	Okuryazar değil	67	26,0
	Okuryazar	46	17,8
Hastanın Eğitim Düzeyi	İlkokul	114	44,2
	Ortaokul	14	5,4
	Lise	11	4,3
	Üniversite	6	2,3
Hastanın Sosyal Güvencesi	Var	226	87,6
	Yok	32	12,4
	1 ay ve daha az	39	15,1
	1-6 ay	60	23,3
	7-11 ay	47	18,2
Evde Sağlık Hizmeti Alınma Süresi	1-5 yıl	78	30,2
	6-10 yıl	19	7,4
	11-15 yıl	9	3,5
	16 yıl ve daha fazla	6	2,3
	Sağlık Ocağı	4	1,6
	Hastane	210	81,4
Evde Sağlık Hizmeti Öncesi İhtiyacın Karşılanması	Özel Sağlık Hizmeti	3	1,2
	Tanıdık Sağlık Çalışanı	2	0,8
	Aile Bireyi	39	15,1
	Çok memnunum	154	59,7
	Memnunum	87	33,7
Evde Sağlık Hizmetinden Memnun Olma Derecesi	Fikrim yok	12	4,7
	Memnun değilim	4	1,6
	Hiç memnun değilim	1	0,4
Evde Sağlık Hizmeti Sürecinde Önemli Olan Konu	Hizmetin Kalitesi	257	99,6
	Hizmetin Maliyeti	1	0,4
Alınan Evde Bakım Hizmetinde İlgilenilmediği ve Sağlığın Önemsenmediğini Hissetme Durumu	Evet	75	29,1
	Hayır	183	70,9

Tablo 3.1: Demografik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devamı)

Alınan Evde Bakım Hizmetinde İlgilenilmediği ve Sağlığın Önemsenmediğini Hissetme Durumu Sebepleri	Yok	183	70,9
	Yetersiz bilgilendirme	10	3,9
	Personel kaynaklı	34	13,2
	Ekipman kaynaklı	10	3,9
	Süreç kaynaklı	14	5,4
	Personel ve ekipman kaynaklı	4	1,6
	Personel ve süreç kaynaklı	2	0,8
	Personel, ekipman ve süreç kaynaklı	1	0,4
Toplam		258	100,0

Demografik değişkenlere ilişkin frekans dağılımları incelendiğinde ankete katılım gösterenlerin 176 (%68,2)'sının hasta yakını, 82 (%31,8)'sinin hastanın kendisi olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş özellikleri incelendiğinde büyük çoğunluğu 196 kişi (%76) ile 63 yaş ve üzeri oluştururken katılımcıların azınlığını 7 kişi (%2,7) ile 18 yaş altının oluşturduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %51,6'sının kadın, %48,4'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeylerine bakıldığında %44,2'sinin ilkokul, %26,0'sının okuryazar olmadığı, %17,8'inin okuryazar, %5,4'ünün ortaokul, %4,3'ünün lise ve %2,3'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencelerine bakıldığında %87,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %12,4'ünün güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların hizmet alma süreleri incelendiğinde %30,2'sinin 1-5 yıl arasında, %2,3'ünün ise 15 yıl üzeri gibi sürelerde hizmet aldıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların evde sağlık hizmeti almadan önce bakım hizmetinin %81,4'ünün hastaneden, sadece %0,8'inin tanıdık sağlık çalışanından aldığını ifade etmiştir. Evde sağlık hizmetlerinden memnun olma derecesi ele alındığında %59,7'sinin çok memnun, %33,7'sinin memnun, %4,7'sinin fikrinin olmadığı, %1,6'sının memnun olmadığı ve %0,4'ünün hiç memnun olmadığı belirlenmiştir. Evde sağlık hizmeti sürecinde önemli olan iki konuya katılımcıların %99,6'sı hizmet kalitesi ve %0,4'ü hizmetin maliyeti yanıtını vermiştir. Alınan evde sağlık hizmeti süresince katılımcıların hastayla ilgilenilmediğini ve sağlığının önemsenmediğini hissetme durumuna bakıldığında katılımcıların %70,9'u hastayla

ilgililenilmediğini ve sağlığının önemsenmediğini hissetmediği (Hayır), %29,1'inin hissettiği (Evet) yanıtını verdiği gözlemlenmiştir. Bu durumun sebepleri ayrıntılı olarak katılımcılara yönlendirildiğinde %70,9'unun yok yanıtı vererek sebep belirtmediği, %13,2'sinin personel kaynaklı, 5,4'ünün süreç kaynaklı, %3,9'unun ekipman kaynaklı, %3,) 'unun yetersiz bilgilendirme, 4%1,6'sının personel ve ekipman kaynaklı ve %0,4'ünün personel, ekipman ve süreç kaynaklı olduğu tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların hizmet alma sebepleri incelenmiş analiz sonuçları Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2: Katılımcıların Evde Sağlık Hizmeti Alma Sebepleri

Hastanın Evde Sağlık Hizmeti Alma Sebebi	Kategoriler	N	%
Yatağa bağımlılık, felç	Evet	105	40,7
	Hayır	153	59,3
Ameliyat sonrası bakım	Evet	36	14,0
	Hayır	222	86,0
Yaşlılık	Evet	36	14,0
	Hayır	222	86,0
Terminal dönem, kanser	Evet	34	13,2
	Hayır	224	86,8
KOAİ, akciğer ve solunum sistemi rahatsızlıkları	Evet	29	11,2
	Hayır	229	88,8
Kronik rahatsızlıklar	Evet	79	30,6
	Hayır	179	69,4
Alzheimer	Evet	27	10,5
	Hayır	231	89,5
Fiziksel ve zihinsel engellilik durumu	Evet	33	12,8
	Hayır	225	87,2
Diğer	Evet	1	4,0
	Hayır	257	99,6

Evde sağlık hizmeti alan hastaların hizmet alma sebepleri incelendiğinde Alzheimer (%89,5 n=231), KOAH, akciğer ve solunum sistemi rahatsızlıkları (%88,8 n=229), fiziksel ve zihinsel engellilik durumu (%87,2 n=225), terminal dönem, kanser

(%86,8 n=224), ameliyat sonrası bakım (%86,0 n=222), yaşlılık (%86,0 n=222), kronik rahatsızlıklar (69,4 n=179), yatağa bağımlılık, felç (%59,3 n=153), ve diğer rahatsızlıklar (%99,6 n=257) gibi sağlık problemleri olmayan hastalardan oluşmaktadır.

3.5.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

3.5.2.1. Normallik Analizi

Yapılan çalışmada verilerin normal dağılıp dağılmadığını göstermek amacıyla normallik analizinden yararlanılmış, çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Normallik test sonuçları Tablo 3.3’de ele alınmıştır.

Tablo 3.3: Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Normallik Testi

Değişkenler	Çarpıklık	Basıklık
ESH Hasta Memnuniyeti (ESHHM)	-1,577	1,817
Erişilebilirlik Memnuniyet Durumu (EMD)	-0,849	1,611
ESH Alan Hastaların Memnuniyet Tutumu (ESHAKMT)	-2,164	1,932
Tedavi ve Takip Sürecine İlişkin Memnuniyet Durumu (TTSMD)	-2,084	1,031
Sağlık Personelinin Davranışına İlişkin Memnuniyet Durumu (SPDMD)	-1,846	2,043

Analiz sonuçlarına bakıldığında çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu değerlere göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (Onurlubaş, Altunışık, 2019).

Çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin bulgular incelendiğinde, tüm alt boyutların değerlerinin -2 ile +2 aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum, verilerin normal dağılıma uygunluğuna ilişkin ön bir gösterge olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, araştırma kapsamında gerçekleştirilen analizlerde parametrik istatistiksel yöntemlerin kullanılmasının uygun olduğu kabul edilmiştir.

3.5.2.2. Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi (AFA), bir dizi ölçülen değişken arasındaki ortak değişkeni basit bir şekilde açıklayabilen en az sayıda varsayımsal yapıyı belirlemeyi amaçlayan çok değişkenli istatistiksel yöntemler grubuna aittir. Bu yöntem, ölçülen değişkenler arasındaki düzeni ve yapıyı açıklayan ortak faktörleri ortaya çıkarmaya yöneliktir (Watkins, 2018). Açıklayıcı faktör analizinin yapılıp yapılmamasına karar vermeden önce veriler Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği İstatistiği ve Bartlett Küresellik Testine tabii tutulur. KMO testi değişkenlerin faktör analizine uygunluğunu ve örneklemin yeterliliğini ortaya koyar. KMO test sonucuna göre değerler 0 ila 1 arasında olmalıdır. Değerin 1'e yakın olması faktör dağılımının güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Bartlett testi ile de çalışma da yer alan ölçek maddelerindeki cevapların geçerliliğinin ortaya konulması amaçlanır (Şimşek, Yay, 2022). Bartlett testinde, anlamlı değer 0,05'in altında olması, bu verilerin bir kimlik matrisine dönüşmediğini ve dolayısıyla yaklaşık olarak çok değişkenli normal dağılıma sahip olduklarını gösterir. Bu durum, daha ileri analizler için bu verilerin geçerli olduğunu ortaya koyar (Hadi, vd., 2016).

Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeği orijinal halinden farklılık gösterip çalışmadaki bazı sorular literatür araştırması sonucu oluşturulmuştur. Bu yüzden ölçeğin birbirinden bağımsız ve korelasyonun olmaması için faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda ifadeler 4 faktör altında toplanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen bulgular, ölçeğin literatürde belirtilen dört boyutlu yapıyı desteklediğini göstermektedir. Yapılan çalışma için faktör analizinin sonuçlarına ise Tablo 3.4'de verilmiştir.

Tablo 3.4: Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi

Değişkenler	Faktör yükleri	Özdeğer	A.V.	T.V.
Faktör 1: Erişilebilirlik Memnuniyet Durumu (EMD)		7,177	35,883	35,883
Hizmet sürecinde istek ve şikayetlerim dikkate alınıyor. (EMD1)	0,903			
Hizmet sürecinde kullanılan ilaç, ekipman ve tedavi yöntemi ile ilgili bana ve aileme bilgi veriliyor. (EMD2)	0,804			

Tablo 3.4: Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi
(Devamı)

Sağlık personeli hizmet süresince hastaya yeterince zaman ayırıyor. (EMD3)	0,779			
Hizmet süresince sağlık personeli ile kolaylıkla ve çekinmeden iletişim sağlanabiliyor. (EMD4)	0,785			
Sağlık problemi ile ilgili her türlü ihtiyaç durumunda veya acil durumlarda uzman kişilere kolayca ulaşılabiliriyor. (EMD5)	0,829			
Sağlık problemi ile ilgili her türlü ihtiyaç durumunda veya acil durumlarda sağlık kuruluşuna kolayca ulaşılabiliriyor. (EMD6)	0,831			
Yapılacak işlemler için alınan rıza onam ile ilgili yeterince bilgilendirme yapılıyor. (EMD7)	0,886			
Faktör 2: ESH Alan Hastaların Memnuniyet Tutumu (ESHAHMT)		2,134	10,670	46,554
Herhangi bir konuda bilgi alınmak istendiğinde personelden yeterli bilgi alınabiliyor. (ESHAKMT1)	0,662			
Evde sağlık hizmetine gereksinim duyan herhangi birine hizmeti rahatlıkla tavsiye ederim. (ESHAKMT2)	0,757			
Faktör 3: Tedavi ve Takip Sürecine İlişkin Memnuniyet Durumu (TTSMD)		1,828	9,139	55,694
Hizmete ilk müracaatımdan sonra geri dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun kaldım. (TTSMD1)	0,844			
Hizmetten faydalanmak için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engel ile karşılaşmadım. (TTSMD2)	0,561			
İlk ziyaret sonrasında verilecek hizmetler hakkında yeterince bilgilendirildim. (TTSMD3)	0,839			
Faktör 4: Sağlık Personeli Davranışına İlişkin Memnuniyet Durumu (SPDMD)		1,435	7,177	62,871
Ziyaret günlerine tam zamanında geliniyor. (SPDMD1)	0,585			
Hizmet süresince evde bakım hizmeti ekibinin davranışları nazik, saygılı ve duyarlıdır. (SPDMD2)	0,651			

Tablo 3.4: Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi
(Devamı)

Sağlık personeli verdiği hizmet boyunca dikkatli ve becerikliydi. (SPDMD3)	0,733			
Hizmet süresince aileme ve herhangi bir yakınımına sağlanacak bakımla ilgili yeterli bilgi verildi. (SPDMD4)	0,887			
Sağlık personeli hasta mahremiyeti konusunda yeterince dikkatli davranıyor. (SPDMD5)	0,622			
Sağlık personeli hizmet süresince görevinde yeterince istekli davranıyor. (SPDMD6)	0,658			
Sağlık personeli hizmet süresince hijyen kurallarına yeterince dikkat ediyor. (SPDMD7)	0,834			
Sağlık personeli hizmet süresince kıyafet, eldiven ve maske kullanımı konusunda yeterince özen gösteriyor. (SPDMD8)	0,999			
KMO= ,856				
Küresellik Derecesi (Bartlett)= 2839,495				

Bu bilgiler ışığında analiz sonucuna bakıldığında elde edilen ilk faktör Erişilebilirlik Memnuniyet Durumu (EMD) 7 farklı ifadeden oluşmaktadır. EMD'nin ait faktör yükleri 0,779 ile 0,903 arasında değişmektedir. Faktörün özdeğeri 7,177 ve toplam varyansının ise %36 olduğu saptanmıştır. Çalışmanın ikinci faktörü olan Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Memnuniyet Tutumunun (ESHAKMT) faktör yükleri 0,662 ile 0,757 arasında değişiklik göstermektedir. Faktöre ait özdeğer 2,134 toplam varyansın ise %11 olarak açıklanmıştır. Üçüncü faktör olan Tedavi ve Takip Süreci ile İlgili Memnuniyet Durumunun (TTSMDD) faktör yükü 0,561 ile 0,844 arasında değişmektedir. Faktöre ait özdeğer 1,828'dir ve bu faktör toplam varyansın %9'unu açıklamaktadır. Son faktör olan Sağlık Personeli Davranışı ile İlgili Memnuniyet Durumuna (SPDMD) ait faktör yükleri 0,585 ile 0,999 arasında değişim göstermektedir. Faktöre ait özdeğer 1,435'dir ve faktör toplam varyansın %7'sini açıklamaktadır. Bu dört ayrı faktörün yüklerinin, özdeğerlerinin ve toplam varyanslarının ölçek için uygun olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmada açıklayıcı faktör analizi sonucu KMO değeri %86 olarak belirlenmiştir. Sınıflandırma dikkate alındığında KMO değeri faktör analizi için çok iyi

niteliktedir. Ölçek için çok değişkenli normalliğin göstergesi olan Barlett Küresellik testinin anlamlı olduğu saptanmış ve faktör analizi için değişkenler arası ilişkinin yeterli olduğu belirlenmiştir (Uyumaz, vd., 2016).

3.5.2.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile modelin teoriyle uyumlu olup olmadığına karar verebilmek için bazı uyum indeks değerlerinden yararlanılır. Bu değerler; CMIN/DF (Ki-kare (χ^2)), CFI (Artmalı Uyum İndeksi (Incremental Fit Index- CFI)), RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error Approximation-RMSEA)), GFI (Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index-GFI)), AGFI (Düzeltilmiş Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index- AGFI)), TLI (Tucker Levis İndeks), p (anlamlılık düzeyi) ve SRMR (Standardize Kök Ortalama Kare Artığı) gibi değerlerdir (Erkorkmaz, vd., 2013). DFA uyum iyiliği indeksleri ve normal değerleri Tablo 3.5’de ele alınmıştır.

Tablo 3.5: DFA Uyum İyiliği İndeksleri ve Normal Değerleri

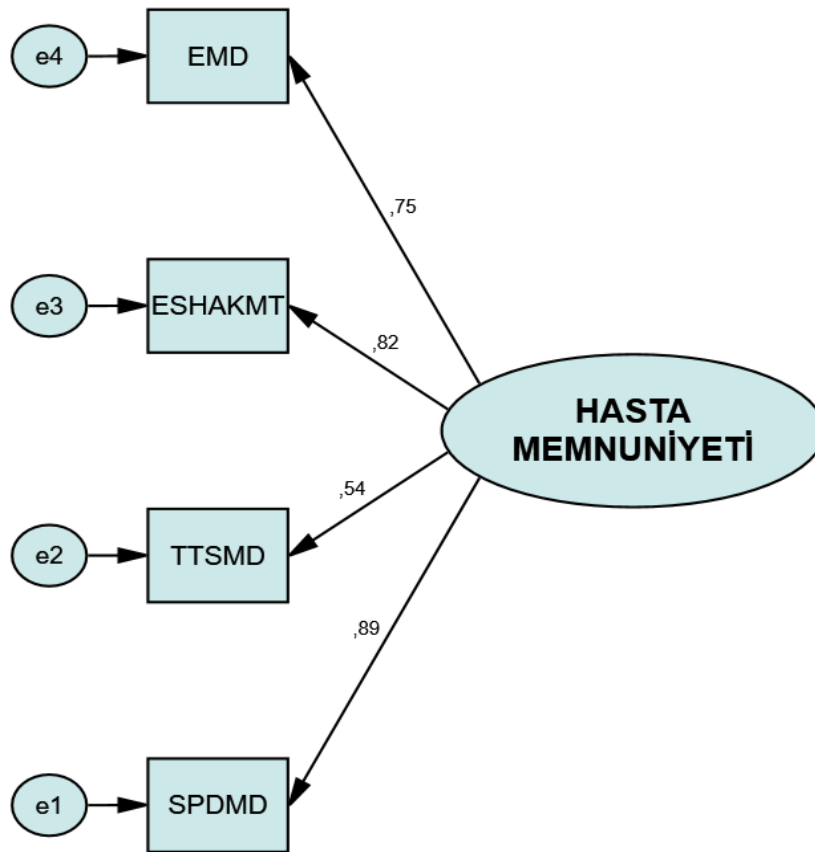
Kabul Edilebilir Değer		İndeks Normal Değer
χ^2 “p” Değeri	$p > 0.05$	-
χ^2/sd	< 2	< 5
GFI	> 0.95	> 0.90
AGFI	> 0.95	> 0.90
CFI	> 0.95	> 0.90
RMSEA	< 0.05	< 0.08
RMR	< 0.05	< 0.08
SRMR	< 0.05	< 0.08

Kaynak: Şanlı ve Arabacı, 2016

Tabloda yer alan ölçütlerden ki-kare değerinin (χ^2) 2’den küçük olması modelin verilere uygunluğunu göstermektedir. Değerin büyük olması durumunda modelin reddedilme ihtimali artmaktadır. CFI ve TFI indeksleri 0 ila 1 arasında değer alır ve bu değer 1’e yakın olması modelin uygunluğunu ortaya koyar (Şahin ve Taşkaya, 2010). GFI ve AGFI indeksleri 0 ila 1 arasında değer alır. İndekslerin 0.9’dan yüksek olması modeli ile veriler arasında yüksek oranda uyum olduğunu ortaya koyar (Yücenur vd., 2011). RMSEA indeksi için 0.08 değeri kabul edilebilir uyum, 0.05 değeri ise mükemmel uyumu ifade eder. Ayrıca SRMR indeksi için 0.05 değeri mükemmel uyumu ve 0.08 üzeri bir değer kabul edilebilir uyumu belirtir (İlhan ve Çetin, 2014). Yapılan çalışmada, hasta

memnuniyeti ölçeğinin faktör yapısının araştırma verileriyle uyumluluğunu tespit etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen ve literatürde tanımlanan dört boyutlu yapı, doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş; analiz sonuçları hasta memnuniyeti ölçeğinin teorik yapısının araştırma verileriyle uyumlu olduğunu göstermiştir. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular Şekil 3.2’de sunulmuştur.

Şekil 3.2: Hasta Memnuniyeti Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi



Şekil 3.2’de sunulan doğrulayıcı faktör analizi modeli doğrultusunda, modele ait uyum iyiliği indeksleri hesaplanmıştır. Elde edilen uyum iyiliği indeksleri Tablo 3.6’da gösterilmiştir.

Tablo 3.6: Hasta Memnuniyeti Ölçeği DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Uyum İndeksi	Kabul Edilen Değer	Elde Edilen Değer	Uyum Düzeyi
--------------	--------------------	-------------------	-------------

Tablo 3.6: Hasta Memnuniyeti Ölçeği DFA Uyum İyiliği İndeksleri (Devamı)

X^2/df (CMIN/DF)	≤ 3	0,000	Mükemmel
X^2 (CMIN)	-	0,001	-
DF	-	2	-
CFI	$\geq 0,90$	1,000	Mükemmel
TLI	$\geq 0,90$	1,014	Mükemmel
RMSEA	$\leq 0,08$	0,000	Mükemmel
SRMR	$\leq 0,08$	0,0002	Mükemmel
GFI	$\geq 0,90$	1,000	Mükemmel
AGFI	$\geq 0,90$	1,000	Mükemmel
p	$\geq 0,05$	1,000	Anlamlı

DFA sonucu elde edilen uyum indekslerine göre CMIN/DF (0,000), CMIN (0,001), DF (2), CFI (1,000), p (1,000), RMSEA (0,000), GFI (1,000), TLI (1,014) değerlerinin ideal uyum gösterdiği görülmektedir. Kareli hataları temel alan Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (SRMR) indeksinin 0,05 değerinden küçük olması halinde mükemmel uyum gözlemlenir (Yılmaz ve Güleç, 2021). Yapılan çalışmanın SRMR değerinin 0,0002 olması da modelde mükemmel uyumun olduğunu göstermektedir. Standardize edilmiş yol katsayıları Şekil'3.1 de belirtildiği gibi %50'nin üzerinde olduğu saptanarak faktörlerin modele iyi bir uyum sağladığını göstermektedir (Şimşek, 2020). Standardize edilmiş yol katsayıları faktörlerin bağlı oldukları boyutlara yaptığı katkı düzeylerini belirtmektedir (Pesen ve Bindak, 2021). Böylece faktörlerin modeli iyi ifade edebilmesi konusunda yeterli olduğu görülmektedir.

Alt boyutlar, ana yapının bileşenleri niteliğinde olduğundan, değişkenler arasında nedensel bir yapısal model oluşturulmamıştır. Bunun yerine, alt boyutların hasta memnuniyeti ana yapısını hangi düzeyde temsil ettiğini belirlemek amacıyla ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda elde edilen standartlaştırılmış faktör yükleri, alt boyutların hasta memnuniyeti ana değişkenini temsil etme gücünü ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada hasta memnuniyeti ölçeği, kuramsal olarak hiyerarşik bir yapıya sahip olduğundan doğrulayıcı faktör analizi doğrudan ikinci düzey model üzerinden gerçekleştirilmiştir. Alt boyutların hasta memnuniyeti ana yapısını ne ölçüde temsil ettiğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ikinci düzey DFA sonuçları Tablo 3.7’de sunulmuştur.

Tablo 3.7: Hasta Memnuniyet Ölçeğine İlişkin İkinci Düzey DFA Sonuçları

İlişkiler	β_1	β_2	CR	SE	P
HM---->EMD	0,873	0,754	13,517	0,65	p<0,05
HM---->ESHAKMT	1,074	0,816	14,767	0,73	p<0,05
HM---->TTSDM	0,678	0,540	8,888	0,76	p<0,05
HM---->SPDMD	1,000	0,895			

β_1 : Standartlaştırılmamış faktör yükü; β_2 : Standartlaştırılmış faktör yükü; **CR**: Kritik Oran (Critical Ratio); **SE**: Standart Hata; **p**: Anlamlılık düzeyi.

Tablo 3.7’ ye göre ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, hasta memnuniyeti gizil değişkeninin tüm alt boyutlar tarafından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde temsil edildiğini göstermektedir (p<0,05). Standartlaştırılmış faktör yükleri incelendiğinde, hasta memnuniyeti ana yapısını en güçlü biçimde temsil eden alt boyutun sağlık personeli davranışı memnuniyeti ($\beta = 0,895$) olduğu; bunu evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyeti ($\beta = 0,816$) ile erişilebilirlik memnuniyetinin ($\beta = 0,754$) izlediği görülmektedir. Buna karşılık, tedavi ve takip süreci memnuniyetinin ($\beta = 0,540$) diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük, ancak kabul edilebilir düzeyde bir temsil gücüne sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutlar ile ana yapı arasındaki hiyerarşik ilişkisini doğrulamakta olup, ölçeğin yapısal geçerliğine ilişkin güçlü kanıtlar sunduğunu göstermektedir. İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi bulguları doğrultusunda, hasta memnuniyeti ölçeğinin yapısal geçerliği desteklenmiş olup, bir sonraki aşamada ölçeğin güvenilirliği analiz edilmiştir.

3.5.2.4. Güvenilirlik Analizi

Gerçekleştirilen çalışmanın hasta memnuniyeti ölçeği Erişilebilirlik Memnuniyet Durumu (EMD), Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Memnuniyet Durumu (ESHAKMD), Tedavi ve Takip Süreci ile İlgili Memnuniyet Durumu (TTSDM) ve Sağlık Personeli Davranışı ile İlgili Memnuniyet Durumu (SPDMD) olmak üzere 4 faktörden oluşmaktadır. Faktörler ve sorular arası korelasyon uyumu belirtebilmek amacıyla

Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama sonucuna göre elde edilen değerler Tablo 3.8’de ele alınmıştır.

Tablo 3.8: Hasta Memnuniyeti leği Güvenilirlik Analizi

İfadeler	A.O.	Madde Silinirse leğin Ortalaması	Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse leğin Cronbach Alfa Değerleri
EMD1	4,03	86,03	0,467	0,876
EMD2	4,19	85,87	0,657	0,868
EMD3	4,68	85,38	0,638	0,866
EMD4	4,72	85,34	0,669	0,866
EMD5	3,95	86,11	0,531	0,881
EMD6	3,84	86,22	0,510	0,885
EMD7	4,67	85,40	0,522	0,869
GENEL				CA 0,772
ESHAKMT1	4,53	85,53	0,609	0,866
ESHAKMT2	4,72	85,34	0,702	0,865
GENEL				CA 0,775
TTSMD1	4,81	85,26	0,544	0,876
TTSMD2	4,81	85,26	0,561	0,875
TTSMD3	4,18	85,89	0,662	0,870
GENEL				CA 0,784
SPDMD1	4,49	85,58	0,486	0,870
SPDMD2	4,83	85,24	0,511	0,870

Tablo 3.8: Hasta Memnuniyeti Ölçeği Güvenilirlik Analizi (Devamı)

SPDMD3	4,71	85,36	0,627	0,866
SPDMD4	4,19	85,87	0,719	0,869
SPDMD5	4,86	85,21	0,549	0,870
SPDMD6	4,38	85,69	0,716	0,861
SPDMD7	4,73	85,34	0,805	0,866
SPDMD8	4,73	85,34	0,763	0,869
GENEL	Cronbach Alfa 0,843			
HM	A.O. 90,07	Cronbach Alfa 0,892		

Tablodaki sonuçlara göre EMD faktöründe yer alan EMD4 (Hizmet Süresince Sağlık Personeli ile Kolaylıkla ve Çekinmeden İletişim Sağlanabiliyor) maddesine katılımcıların büyük çoğunluğu “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri yüksek bir değer aralığında olup maddelerin birbiriyle uyum içinde olduğu görülmektedir. İfadelerin genel Cronbach Alfa değeri 0,772 olan EMD faktörünün Cronbach alfa katsayısı değerler aralığına göre oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. EMD faktörünün 0,772’lik oranından daha yüksek bir değere sahip herhangi bir madde olmamasından dolayı herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

ESHAKMT faktörü ele alındığında katılımcıların en fazla “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını ESHAKM2 (Evde Sağlık Hizmetine Gereksinim Duyan Herhangi Birine Hizmeti Rahatlıkla Tavsiye Ederim) ifadesi için kullandığı görülmüştür. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değeri oldukça yüksektir. Bu değer maddelerin birbiriyle uyumlu olduğunu gösterir. ESHAKMT faktörünün genel Cronbach Alfa değeri 0,775 olup oldukça güvenilir olduğu görülmektedir. Bu oran üzerinde herhangi bir maddenin olmayışı ile herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Diğer faktörümüz olan TTSMF faktörü incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun TTSMF1 (Hizmete İlk Müracaatımdan Sonra Geri Dönüş Yapılarak İlk

Ziyaret İçin Randevu Verilme Sürecinden Memnun Kaldım) ve TTSM2 (Hizmetten Faydalanmak İçin Gerekli Resmi Başvuru İşlemlerinde Herhangi Bir Engel ile Karşılaşmadım) maddelerine “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtı verdiği görülmektedir. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değeri iyi düzeydedir. TTSM2 faktörünün genel Cronbach Alfa değerleri 0,784’tür. Bu değer yine Cronbach alfa katsayısı değerler aralığına göre oldukça güvenilirdir. Maddelerin silinmesi durumunda toplam Cronbach Alfa katsayısı üzerine çıkabilecek bir ifadenin olmaması ile herhangi bir ifade ölçekten silinmemiştir.

Son faktörümüz olan SPDMD faktöründe yer alan SPDMD5 (sağlık personeli hasta mahremiyeti konusunda yeterince dikkatli davranıyor) ifadesine katılımcıların büyük çoğunluğu “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtı vermiştir. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değeri iyi düzeyde olup SPDMD faktörünün genel Cronbach Alfa değeri 0,843’tür. SPDMD faktörünün Cronbach Alfa değerinin 0,843 olması maddenin yüksek güvenilir olduğunu belirtmektedir. Yine bu değer üzerine çıkabilecek bir değer olmaması ile herhangi bir ifade ölçekten kaldırılmamıştır.

Hasta memnuniyet ölçeğini bir bütün olarak incelediğimizde ölçeğin Cronbach Alfa değerinin 0,892 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin sahip olduğu bu değer doğrultusunda yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

3.5.3. Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistik Analizi

Tanımlayıcı istatistik analiz ile örneklem verilerine genel bir bakış sağlayarak bu verileri kolay bir biçimde iletmeyi sağlamak amaçlanmıştır. Araştırmanın istatistik analizleri Tablo 3.9’da ele alınmıştır.

Tablo 3.9: Katılımcıların Hasta Memnuniyet Ölçeğindeki İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları

Faktörler	Ort.	SS	Değerlendirme
EMD	4,30	0,480	Çok Yüksek
Hizmet sürecinde istek ve şikayetlerim dikkate alınıyor. (EMD1)	4,03	0,947	Yüksek
Hizmet sürecinde kullanılan ilaç, ekipman ve tedavi yöntemi ile ilgili bana ve aileme bilgi veriliyor. (EMD2)	4,19	0,938	Yüksek

Tablo 3.9: Katılımcıların Hasta Memnuniyet Ölçeğindeki İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları (Devamı)

Sağlık personeli hizmet süresince hastaya yeterince zaman ayırıyor. (EMD3)	4,68	0,648	Çok Yüksek
Hizmet süresince sağlık personeli ile kolaylıkla ve çekinmeden iletişim sağlanabiliyor. (EMD4)	4,72	0,630	Çok Yüksek
Sağlık problemi ile ilgili her türlü ihtiyaç durumunda veya acil durumlarda uzman kişilere kolayca ulaşılabilir. (EMD5)	3,95	0,961	Yüksek
Sağlık problemi ile ilgili her türlü ihtiyaç durumunda veya acil durumlarda sağlık kuruluşuna kolayca ulaşılabilir. (EMD6)	3,84	0,975	Yüksek
Yapılacak işlemler için alınan rıza onam ile ilgili yeterince bilgilendirme yapılıyor. (EMD7)	4,67	0,731	Çok Yüksek
ESHAKMT	4,63	0,545	Çok Yüksek
Herhangi bir konuda bilgi alınmak istendiğinde personelden yeterli bilgi alınabiliyor. (ESHAKMT1)	4,53	0,684	Çok Yüksek
Evde sağlık hizmetine gereksinim duyan herhangi birine hizmeti rahatlıkla tavsiye ederim. (ESHAKMT2)	4,72	0,570	Çok Yüksek
TTSMD	4,60	0,520	Çok Yüksek
Hizmete ilk müracaatımdan sonra geri dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun kaldım. (TTSMD1)	4,81	0,557	Çok Yüksek
Hizmetten faydalanmak için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engel ile karşılaşmadım. (TTSMD2)	4,81	0,597	Çok Yüksek
İlk ziyaret sonrasında verilecek hizmetler hakkında yeterince bilgilendirildim. (TTSMD3)	4,18	0,982	Yüksek
SPDMD	4,61	0,463	Çok Yüksek
Ziyaret günlerine tam zamanında geliniyor. (SPDMD1)	4,49	0,790	Çok Yüksek
Hizmet süresince evde bakım hizmeti ekibinin davranışları nazik, saygılı ve duyarlıdır. (SPDMD2)	4,83	0,546	Çok Yüksek

Tablo 3.9: Katılımcıların Hasta Memnuniyet Ölçeğindeki İfadelere Verdikleri Puan Ortalamaları (Devamı)

Sağlık personeli verdiği hizmet boyunca dikkatli ve becerikliydi. (SPDMD3)	4,71	0,616	Çok Yüksek
Hizmet süresince aileme ve herhangi bir yakınımın sağlanacak bakımla ilgili yeterli bilgi verildi. (SPDMD4)	4,19	0,913	Yüksek
Sağlık personeli hasta mahremiyeti konusunda yeterince dikkatli davranıyor. (SPDMD5)	4,86	0,463	Çok Yüksek
Sağlık personeli hizmet süresince görevinde yeterince istekli davranıyor. (SPDMD6)	4,38	0,893	Çok Yüksek
Sağlık personeli hizmet süresince hijyen kurallarına yeterince dikkat ediyor. (SPDMD7)	4,73	0,595	Çok Yüksek
Sağlık personeli hizmet süresince kıyafet, eldiven ve maske kullanımı konusunda yeterince özen gösteriyor. (SPDMD8)	4,73	0,582	Çok Yüksek
HM	4,50	0,410	Çok Yüksek

Tanımlayıcı istatistikî analiz sonucuna göre Erişilebilirlik Memnuniyet Durumu (EMD)'nin genel ortalaması ele alındığında 4,30 ile çok yüksek bir seviyede olduğu tespit edilmiştir. EMD alt faktörleri 3,84 ile 4,72 arasında değer aldıkları gözlemlenmiş ve en yüksek katılımın hizmet süresince sağlık personeli ile kolaylıkla ve çekinmeden iletişim sağlanabiliyor (EMD4) maddesine olduğu saptanmıştır. Bu durum, erişilebilirlik boyutunda sağlık personeli-hasta iletişiminin belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir.

Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Memnuniyet Durumu (ESHAKMT)'nin genel ortalamasına bakıldığında 4,63 ortalamasına sahip olup çok yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. ESHAKMT alt faktörleri incelendiğinde değer aralıklarının 4,53 ile 4,72 olduğu gözlemlenmiştir. En yüksek katılımın sahip olan maddenin ise evde sağlık hizmetine gereksinim duyan herhangi birine hizmeti rahatlıkla tavsiye ederim (ESHAKMT2) olduğu tespit edilmiştir. Böylece katılımcıların hizmetten duyduğu memnuniyetin, hizmeti başkalarına tavsiye edilecek düzeyde olumlu algıladığı ortaya konulmaktadır.

Tedavi ve Takip Süreci ile İlgili Memnuniyet Durumu (TTSMĐ)'nin 4,60 ile çok yüksek seviyede bir genel ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır. TTSMĐ'nin alt faktörlerine bakıldığında 4,18 ile 4,81 arası değerler aldıkları gözlemlenmiştir. En yüksek katılımın 4,81'lik değerle hizmete ilk müracaatından sonra geri dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun kaldım (TTSMĐ1) ve yine aynı değere sahip hizmetten faydalanmak için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engel ile karşılaşmadım (TTSMĐ2) maddelerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, katılımcıların hizmete müracaat sürecinde hızlı geri dönüş aldığını ve resmi işlemlerin problemsiz işlediğini belirtmektedir.

Sağlık Personeli Davranışı ile İlgili Memnuniyet Durumu (SPDMD)'nin genel ortalamasının 4,61 ile çok yüksek seviyeye sahip olduğu tespit edilmiştir. SPDMD'nin alt faktörleri incelendiğinde 4,19 ile 4,86 arasında değerler aldıkları gözlemlenmiştir. Maddeler arasında en yüksek katılımın Sağlık personeli hasta mahremiyeti konusunda yeterince dikkatli davranıyor (SPDMD5) maddesi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç sağlık personelinin hasta mahremiyetine gösterdiği özenin memnuniyet düzeyini artıran önemli bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

Hasta memnuniyeti ölçeğinin genel ortalaması 4,50 ortalama ile çok yüksek seviyede olduğu görölmüştür. Analiz sonucu elde edilen verilere göre ankete katılım gösterenlerin büyük bir çoğunluğunun hizmet süresince sağlık personeli ile kolaylıkla ve çekinmeden iletişim sağlanabildiği saptanmıştır. Katılımcıların evde sağlık hizmetini gereksinim duyan herhangi birine rahatlıkla tavsiye edeceği tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların hizmete ilk müracaatından sonra geri dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun kaldığı ve hizmetten faydalanmak için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engel ile karşılaşmadığı sonucuna varılmıştır. Bunlara ek olarak yine katılımcıların sağlık personelinin hasta mahremiyeti konusunda yeterince dikkatli davrandığı konusuna büyük katılım gösterdiği tespit edilmiştir.

3.5.4. Hipotezlerin Test Edilmesi

Bu kısımda hipotezler test edilmiş ve elde edilen bulgular raporlanarak sunulmuştur.

3.5.4.1.Korelasyon Analizi

Çalışmada yer alan değişkenler arası ilişkinin incelenmesi amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiş ve verilerin dağılımının normal sergilendiği tespit edildiğinden Pearson Korelasyon Analiz tekniği uygulanmıştır. Analiz sonucu elde edilen veriler Tablo 3.10'de ele alınmıştır.

Tablo 3.10: Korelasyon Analizi Verileri

Değişkenler	HM	EMD	ESHAMT	TTSMMD	SPMD	Yaş	Cinsiyet	ED	Sosyal Güvence	Hizmet Süresi	MD	iÖ	iÖ1
HM	1												
EMD	,874** (p=0,000)	1											
ESHAMT	,799** (p=0,000)	,615** (p=0,000)	1										
TTSMMD	,634** (p=0,000)	,408** (p=0,000)	,440** (p=0,000)	1									
SPMD	,917** (p=0,000)	,674** (p=0,000)	,730** (p=0,000)	,482** (p=0,000)	1								
Yaş	-,068 (p=0,279)	-,073 (p=0,244)	-,084 (p=0,181)	-,081 (p=0,197)	-,025 (p=0,686)	1							
Cinsiyet	-,042 (p=0,502)	-,029 (p=0,640)	-,046 (p=0,462)	,031 (p=0,622)	-,066 (p=0,293)	-,032 (p=0,60)	1						
ED	,031 (p=0,618)	-,021 (p=0,741)	,017 (p=0,784)	,077 (p=0,220)	,051 (p=0,419)	-,030 (p=0,63)	,353* (p=0,000)	1					
Sosyal Güvence	-,089 (p=0,153)	-,049 (p=0,433)	-,079 (p=0,206)	-,095 (p=0,129)	-,090 (p=0,150)	,045 (p=0,46)	-,106 (p=0,08)	,251* (p=0,000)	1				
Hizmet Süresi	-,067 (p=0,284)	-,033 (p=0,595)	-,058 (p=0,356)	-,052 (p=0,408)	-,079 (p=0,205)	,180* (p=0,004)	-,059 (p=0,34)	-,128* (p=0,04)	,060 (p=0,33)	1			
MD	,758** (p=0,000)	,587** (p=0,000)	,656** (p=0,000)	,421** (p=0,000)	,773** (p=0,000)	-,031 (p=0,62)	,106 (p=0,09)	,019 (p=0,76)	,021 (p=0,73)	,087 (p=0,16)	1		
iÖ	,337** (p=0,000)	,300** (p=0,000)	,283** (p=0,000)	,194** (p=0,000)	,309** (p=0,000)	,164* (p=0,008)	-,056 (p=0,36)	-,070 (p=0,26)	-,005 (p=0,94)	-,119 (p=0,05)	,259* (p=0,000)	1	
iÖ1	,364** (p=0,000)	,319** (p=0,000)	,247** (p=0,000)	-,121 (p=0,052)	,393** (p=0,000)	-,001 (p=0,98)	,085 (p=0,17)	,053 (p=0,39)	,098 (p=0,117)	0,196 (p=0,12)	,369* (p=0,000)	,721* (p=0,000)	1

*p<0.01 anlamlılık düzeyinde / ** p< 0.05 anlamlılık düzeyinde

Korelasyon analizi sonuçları ele alındığında memnuniyet derecesi ile hasta memnuniyeti ($r=0,758$: $p=0,000$), erişilebilirlik memnuniyet durumu ($r=0,587$: $p=0,000$), evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu ($r=0,656$: $p=0,000$), tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ($r=0,421$: $p=0,000$), sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ($r=0,773$: $p=0,000$) ile pozitif yönde, orta ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumu ile hasta memnuniyeti ($r=-0,337$: $p= 0,000$), erişilebilirlik memnuniyet durumu ($r=-0,300$: $p=0,000$), evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu ($r=-0,283$: $p=0,000$), tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ($r=-0,194$: $p=0,002$) arasında negatif, zayıf ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde bir ilişki ve evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumu ile sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ($r=-0,309$: $p=0,003$) arasında negatif, orta ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların erişilebilirlik memnuniyet durumun, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu ve sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumlarındaki artış ve azalışlar evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumunu ters yönde değiştirmektedir.

Evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumunun sebebi ile hasta memnuniyeti ($r=-0,364$: $p=0,00$), erişilebilirlik memnuniyet durumu ($r=-0,319$: $p=0,000$), ve sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ($r=-0,393$: $p=0,000$) arasında negatif, zayıf ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde bir ilişki ve evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumunun sebebi ile evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu ($r=-0,247$: $p=0,000$) arasında negatif, zayıf ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta memnuniyeti, erişilebilirlik memnuniyet durumu, sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ve evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumlarındaki artış veya azalışlar evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumunun sebebini ters yönde etkilemektedir.

3.5.4.2. Demografik Verilerin Analizi

3.5.4.2.1. Bağımsız Örneklem T-Testi

Çalışmada kullanılan değişkenlerdeki farklılaşmaları tespit amacıyla karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Ayrıca verilerin normal dağılıma sahip olmasından dolayı cinsiyet, sosyal güvence ve ilgi ve önem derecesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır.

Cinsiyete göre katılımcıların hasta memnuniyeti, erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumlarının farklılık gösterip göstermediğini tespit amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t-testi analiz bulguları Tablo 3.11’de belirtilmiştir.

Tablo 3.11: Cinsiyete Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

N=258	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	SS	Sig.	t	p
HM	Kadın	133	4,52	0,410	0,295	0,672	p>0,05
	Erkek	125	4,49	0,411			
EMD	Kadın	133	4,31	0,466	0,436	0,468	p>0,05
	Erkek	125	4,28	0,495			
ESHAMT	Kadın	133	4,65	0,575	0,845	0,737	p>0,05
	Erkek	125	4,60	0,513			
TTSMMD	Kadın	133	4,58	0,532	0,726	0,494	p>0,05
	Erkek	125	4,62	0,508			
SPMD	Kadın	133	4,64	0,455	0,149	1,054	p>0,05
	Erkek	125	4,58	0,471			

Analiz sonucuna göre cinsiyete göre hasta memnuniyeti, erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumlarında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda cinsiyetin, belirlenen memnuniyet alanları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Sosyal güvence durumuna göre hasta memnuniyeti, erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumlarının farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için uygulanan bağımsız örneklem t-testi analiz bulguları Tablo 3.12’de belirtilmiştir.

Tablo 3.12: Sosyal Güvenceye Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

N=258	Sosyal Güvence	N	$\bar{x}$	SS	Sig.	t	p
HM	Var	226	4,52	0,387	0,062	1,435	p>0,05
	Yok	32	4,41	0,544			
EMD	Var	226	4,31	0,473	0,771	0,786	p>0,05
	Yok	32	4,24	0,528			
ESHAMT	Var	226	4,65	0,504	0,535	1,268	p>0,05
	Yok	32	4,52	0,778			
TTSMD	Var	226	4,62	0,498	0,089	1,523	p>0,05
	Yok	32	4,47	0,650			
SPMD	Var	226	4,63	0,434	0,016	1,094	p>0,05
	Yok	32	4,50	0,631			

Analiz bulgularına göre sosyal güvence ile HM, EMD, ESHAMT, TTSMD VE SPMD arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) için değişkenler ve alt faktörlerinde herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır; sosyal güvencenin incelenen memnuniyet alanları üzerinde etkili olmadığını ortaya koymaktadır.

Sağlık personelinin ilgi ve önem derecesine göre faktörler arası farklılaşmayı incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmış, sonuçlar Tablo 3.13’de detaylandırılmıştır.

Tablo 3.13: Sağlık Personelinin İlgi ve Önem Derecesine Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Bulguları

N=258	İ.Ö	N	$\bar{x}$	SS	Sig.	t	p
HM	Evet	75	4,25	0,405	0,053	6,888	p<0,05
	Hayır	183	4,61	0,359			
EMD	Evet	75	4,04	0,467	0,371	5,908	p<0,05
	Hayır	183	4,41	0,445			
ESHAMT	Evet	75	4,36	0,594	0,002	4,912	p<0,05
	Hayır	183	4,74	0,486			

Tablo 3.13: Sağlık Personelinin İlgili ve Önem Derecesine Göre Algılanan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Bulguları (Devamı)

TTSMD	Evet	75	4,44	0,592	0,101	3,117	p<0,05
	Hayır	183	4,66	0,476			
SPMD	Evet	75	4,31	0,504	0,000	6,676	p<0,05
	Hayır	183	4,74	0,370			

Sağlık personelinin ilgi ve önem derecesine göre faktörler arası farklılaşmayı incelemek amacıyla uygulanan t-testi analiz sonuçlarına göre HM, EMD, ESHAMT, TTSMD ve SPMD düzeylerinde anlamlı farklılıklar ($p<0,05$) gözlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, hasta memnuniyeti (HM) düzeyinin ilgilenilmediğini ve önemsenmediğini hisseden bireylerde (Ort.=4,25; SS=0,405), bu hissi taşımayan bireylere (Ort.=4,61; SS=0,359) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=6,888$; $p<0,05$).

Benzer şekilde, EMD düzeyinin ilgilenilmediğini ve önemsenmediğini hisseden grupta (Ort.=4,04; SS=0,467), bu hissi taşımayan gruba (Ort.=4,41; SS=0,445) göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=5,908$; $p<0,05$). ESHAMT boyutunda da ilgilenilmediğini ve sağlığının önemsenmediğini hisseden katılımcıların ortalama puanlarının (Ort.=4,36; SS=0,594), diğer katılımcılara (Ort.=4,74; SS=0,486) göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür ($t=4,912$; $p<0,05$).

Tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet düzeyi (TTSMD) açısından yapılan analizde, ilgilenilmediğini ve önemsenmediğini hisseden bireylerin ortalama puanlarının (Ort.=4,44; SS=0,592), bu hissi taşımayan bireylere (Ort.=4,66; SS=0,476) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=3,117$; $p<0,05$).

Sağlık personeli davranışına ilişkin memnuniyet (SPMD) boyutunda da benzer bir durum gözlenmiş; ilgilenilmediğini ve sağlığının önemsenmediğini hisseden katılımcıların ortalama puanlarının (Ort.=4,31; SS=0,504), bu hissi taşımayan katılımcılara (Ort.=4,74; SS=0,370) göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=6,676$; $p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlık personelinin ilgi ve önem düzeyinin, belirtilen faktörleri istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilediğini ortaya koymaktadır.

3.5.4.2.2. Tek yönlü Varyans (Anova) Testi

Çalışmada yaş, eğitim durumu ve hizmet alma süresi gibi konulardaki farklılaşmaları ortaya koyabilmek amacıyla da tek yönlü varyans (Anova) testi uygulanmıştır.

Yaş değişkeni için farklılıkların tespitinde n değerleri uygun sayılarda olmadığından 18 yaş altı ve 18-29 yaş kategorileri, 30-40 yaş ve 41-51 yaş kategorileri birleştirilmiştir. Anova testi analiz bulguları Tablo 3.14’de ele alınmıştır.



Tablo 3.14: Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Analiz Bulguları

N=258	Yaş	N	$\bar{X}$	SS	Sig.	UT	p
HM	29 yaş altı	21	4,60	0,361	0,427	Tukey	p>0,05
	30-51 yaş	20	4,51	0,358			
	52-62 yaş	21	4,55	0,298			
	63 ve üzeri yaş	196	4,49	0,430			
	Toplam	258	4,50	0,410			
EMD	29 yaş altı	21	4,43	0,438	0,504	Tukey	p>0,05
	30-51 yaş	20	4,30	0,376			
	52-62 yaş	21	4,28	0,514			
	63 ve üzeri yaş	196	4,29	0,491			
	Toplam	258	4,30	0,480			
ESHAMT	29 yaş altı	21	4,76	0,301	0,141	Tukey	p>0,05
	30-51 yaş	20	4,73	0,413			
	52-62 yaş	21	4,60	0,562			
	63 ve üzeri yaş	196	4,61	0,575			
	Toplam	258	4,63	0,545			
TTSMMD	29 yaş altı	21	4,75	0,458	0,099	Tukey	p>0,05
	30-51 yaş	20	4,30	0,547			
	52-62 yaş	21	4,73	0,271			
	63 ve üzeri yaş	196	4,57	0,541			
	Toplam	258	4,60	0,520			
SPMD	29 yaş altı	21	4,64	0,468	0,311	Tukey	p>0,05

Tablo 3.14: Yaşı Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Analiz Bulguları (Devamı)

30-51 yaş	20	4,61	0,400
52-62 yaş	21	4,72	0,265
63 ve üzeri yaş	196	4,60	0,486
Toplam	258	4,61	0,463

Analiz bulguları incelendiğinde yaşı göre hasta memnuniyeti, erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personeli davranışı ile ilgili memnuniyet durumlarında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) gözlemlenmiştir.

Eğitim durumu için farklılıklarda üniversite kategorisi n sayısı uygun düzeyde olmadığından ve birleştirme için uygun kategori olmamasından dolayı analiz dışı bırakılmıştır. Uygulanan Anova testi analiz bulguları Tablo 3.15’de görülmektedir.

Tablo 3.15: Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi Bulguları

N=252	Eğitim Düzeyi	N	$\bar{X}$	SS	Sig.	UT	p	Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaöğretim
HM	Okuryazar değil	67	4,56	0,418	0,357	Tukey	p<0,05		0,211*	0,044	0,049
	Okuryazar	46	4,35	0,392				0,211*		0,167	0,162
	İlkokul	114	4,52	0,424				0,044	0,167		0,005
	Ortaöğretim	25	4,51	0,294				0,049	0,162	0,005	
	Toplam	252	4,50	0,410							
EMD	Okuryazar değil	67	4,40	0,455	0,425	Tukey	p<0,05		0,253*	0,100	0,153
	Okuryazar	46	4,15	0,413				0,253*		0,152	0,100
	İlkokul	114	4,30	0,516				0,100	0,152		0,053
	Ortaöğretim	25	4,25	0,405				0,153	0,100	0,053	
	Toplam	252	4,29	0,477							
ESHAM T	Okuryazar değil	67	4,66	0,599	0,596	Tukey	p>0,05				
	Okuryazar	46	4,58	0,516							
	İlkokul	114	4,63	0,552							
	Ortaöğretim	25	4,58	0,472							
	Toplam	252	4,62	0,549							
TTSMD	Okuryazar değil	67	4,62	0,419	0,006	Games Howell	p>0,05				
	Okuryazar	46	4,38	0,706							
	İlkokul	114	4,66	0,501							
	Ortaöğretim	25	4,67	0,360							
	Toplam	252	4,60	0,521							

Tablo 3.15: Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi Bulguları (Devamı)

SPMD	Okuryazar değil	67	4,66	0,491	0,338	Tukey	p>0,05
	Okuryazar	46	4,46	0,472			
	İlkokul	114	4,63	0,467			
	Ortaöğretim	25	4,67	0,330			
	Toplam	252	4,61	0,466			
p<0,05 ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.							

Analiz sonuçlarına göre ESHAMT, TTSM ve SPMD seviyelerinde eğitim durumu açısından farklılaşma ($p>0,05$) tespit edilememiştir. Fakat HM ve EMD düzeylerinde eğitim durumu açısından farklılaşmalar olduğu gözlenmiştir. Farklılaşmanın bulunduğu grupları tespit etmek için Tukey tekniği kullanılmıştır. Okuryazar olmayan katılımcıların (ort. =4,56) hasta memnuniyet düzeyinin okuryazar katılımcıların (ort. =4,35) memnuniyet düzeyinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca okuryazar olmayan katılımcıların (ort. =4,40) erişilebilirlik memnuniyet durumu okuryazar katılımcıların (ort. =4,40) erişilebilirlik memnuniyet durumundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hizmet alma süresi anova testi öncesi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 yıl ve üzeri kategorileri n sayıları istatistiki açıdan uygunluk göstermesi için birleştirilerek 6 yıl ve daha fazla olarak düzenlenmiştir. Hizmet alma süresine göre farklılaşmaları tespit etmek amacıyla anova testi uygulanmış ve bulgular Tablo 3.16'de detaylandırılmıştır.

Tablo 3.16: Hizmet Alma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Bulguları

Hizmet Alma Süresi	N	$\bar{x}$	SS	Sig.	UT	p
1 ay ve daha az	39	4,58	0,314	0,735	Tukey	$p>0,05$
1-6 ay	60	4,53	0,373			
7-11 ay	47	4,43	0,427			
1-5 yıl	78	4,49	0,424			
6 yıl ve daha fazla	34	4,51	0,505			
Toplam	258	4,50	0,410			
1 ay ve daha az	39	4,33	0,411	0,838	Tukey	$p>0,05$
1-6 ay	60	4,34	0,422			
7-11 ay	47	4,22	0,471			
1-5 yıl	78	4,30	0,536			
6 yıl ve daha fazla	34	4,30	0,538			
Toplam	258	4,30	0,480			
1 ay ve daha az	39	4,65	0,515	0,230	Tukey	$p>0,05$
1-6 ay	60	4,71	0,394			
7-11 ay	47	4,57	0,571			
1-5 yıl	78	4,59	0,545			
6 yıl ve daha fazla	34	4,63	0,752			
Toplam	258	4,63	0,545			
1 ay ve daha az	39	4,73	0,366	0,033	Games Howell	$p>0,05$

Tablo 3.16: Hizmet Alma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans (Anova) Bulguları
(Devamı)

1-6 ay	60	4,53	0,602			
7-11 ay	47	4,59	0,566			
1-5 yıl	78	4,61	0,461			
6 yıl ve daha fazla	34	4,58	0,576			
Toplam	258	4,60	0,520			
1 ay ve daha az	39	4,73	0,441			
1-6 ay	60	4,65	0,407			
7-11 ay	47	4,51	0,511	0,829	Tukey	p>0,05
1-5 yıl	78	4,59	0,441			
6 yıl ve daha fazla	34	4,63	0,544			
Toplam	258	4,61	0,463			

Analiz sonucunda hizmet alma süresi açısından HM, EMD, ESHAMT, TTSMMD ve SPMD seviyelerinde anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir

SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde sağlık hizmetleri, ülkemizde sağlık hizmetlerinin görece yeni bir uygulama alanını oluşturmaktadır. Bu hizmet, farklı hastalık gruplarındaki bireylerin kendi yaşam alanlarında, ev konforunda sağlık hizmeti alabilmelerine olanak sağlamaktadır. Hizmet kapsamının her geçen gün genişlemesiyle birlikte, evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hasta sayısında önemli bir artış gözlenmektedir. Özellikle yaşlı nüfusun giderek artması, kronik ve terminal dönem hastalıklarının yaygınlaşması, evde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artırmakta ve bu durum hizmetin önemini daha belirgin hale getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilen evde sağlık hizmetlerinde, hizmet alan hasta grubunun hassas yapısı göz önüne alındığında, hizmet kalitesi kritik bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Hizmetin etkinliği ve sürekliliği açısından, hasta memnuniyetinin sağlanması ve düzenli olarak ölçülmesi gereklidir. Zira hasta memnuniyeti, evde sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin en güçlü göstergesi konumundadır. Bu doğrultuda gerçekleştirilen araştırma, evde sağlık hizmeti alan aktif hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemeyi, elde edilen bulgular ışığında değerlendirme yaparak öneriler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmaya 258 kişi katılım sağlamış ve veriler anket yöntemiyle yüz yüze veya telefon aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma için uygun model ve hipotezler geliştirilerek gerekli analizler gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS ve AMOS programları aracılığıyla analiz edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu; 63 yaş ve üzeri, kadın, ilkökul mezunu, sosyal güvencesi olan ve 1-5 yıldır evde sağlık hizmeti alan hastalar oluşturmuştur. Ayrıca hastaların büyük kısmının hizmet öncesinde sağlık hizmetini hastaneden sağladığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre, hastaların çoğunluğu evde sağlık hizmetinden “çok memnun” veya “memnun” olduklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra, hastalar hizmet sürecinde hizmet kalitesinin maliyetten daha önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, sağlık personeli tarafından ilgilenilmeme ve önemsenmeme durumu hissetmeyen hastaların çoğunlukta olduğu saptanmıştır.

Bununla birlikte, ilgilenilmeme ve önemsenmeme durumu hisseden hastalar bu duruma farklı nedenler göstermiştir. Bu nedenler; hasta veya yakını tarafından yöneltilen sorulara yeterli yanıt verilmemesi, süreç işleyişi hakkında yetersiz bilgilendirme, gerekli durumlarda hastaneye gitmek için araç talebi, evde sağlanacak bakım sürecinde ilaç,

cihaz ve ekipman konusunda yeterli bilgi verilmemesi gibi hususları içermekte olup “yetersiz bilgilendirme” başlığı altında toplanmıştır. Personelin hasta ve hasta yakınına karşı ilgisiz ve saygısız tavır sergilemesi, iletişimde yaşanan problemler ve hizmet sunumunda dikkatsiz yaklaşım “personel kaynaklı nedenler” olarak değerlendirilmiştir. Evde sağlık hizmeti araçlarında olası acil durumlar için gerekli cihaz ve ekipmanların eksikliği ile evde tedavi sırasında ihtiyaç duyulan tıbbi malzemelerde yaşanan yetersizlikler “ekipman kaynaklı nedenler” olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca, muayene, kontrol veya rapor yenileme gibi işlemler için hastane randevusuna ulaşmada araç yetersizliği nedeniyle yaşanan gecikmeler, süreçte meydana gelen aksaklıklar ve evde sağlık ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında ulaşamaması “süreç kaynaklı nedenler” olarak belirlenmiştir. Bunlara ek olarak, ekipman eksikliği ve personel yetersizliği birlikte “personel ve ekipman kaynaklı nedenler” kapsamında, ekipman yetersizliği, personel kaynaklı sorunlar ve süreç aksaklıklarının birlikte yaşanması ise “personel, ekipman ve süreç kaynaklı nedenler” kapsamında ele alınmıştır.

İlgilenilmeme ve önemsenmeme durumu hisseden hastaların büyük çoğunluğunun, sebep olarak “personel kaynaklı problemler” yaşadığını ifade ettiği görülmüştür. Dolayısıyla, hasta memnuniyet düzeylerini artırmak amacıyla bu sorunların çözülmesi gereklidir. Bu bağlamda, personelin motive edilmesi için ödül yöntemlerinin kullanılması, etkili iletişim becerileri konusunda eğitimler verilmesi ve hizmet yoğunluğunu azaltmaya yönelik vardiya düzenlemelerinin yapılması önerilebilir. Ayrıca, yaşanan sorunların devam etmesi durumunda, ev ziyaretlerine giden personelin görev dağılımında hastane içi destek hizmetlerine yönlendirilmesi tavsiye edilebilir. Bununla birlikte, personel kaynaklı sorunların giderildiğini denetlemek amacıyla düzenli kontrol mekanizmaları oluşturulmalı ve hasta geri bildirimleri belirli periyotlarla toplanmalıdır.

Süreç kaynaklı problemlere bakıldığında, hastaların en fazla belirttiği sorun hastane randevularına araç yetersizliği nedeniyle zamanında ulaşamama durumudur. Bu problem hem hasta muayenelerinde hem de hastane randevu sisteminde aksamalara yol açmaktadır. Bu nedenle, söz konusu sorunun çözümü, hasta memnuniyetinin artırılması ve diğer hastaların benzer sorunlar yaşamaması açısından kritik öneme sahiptir. Evde sağlık hizmetlerinin rotasyon programlarında yapılacak düzenlemelerle hasta ziyaretlerinin zamanında gerçekleştirilmesi sağlanabilir. Ayrıca, hizmet alan hasta

sayısındaki artış dikkate alınarak personel ve araç sayısının artırılmasıyla hem süreç kaynaklı aksaklıklar hem de ekipman yetersizlikleri giderilebilir.

Araştırmada hastaların evde sağlık hizmeti alma nedenleri incelendiğinde en sık görülen nedenlerin yatağa bağımlılık/felç ve kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Çabuk (2024) tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin normallik analizine göre, elde edilen verilerin dağılım özellikleri incelendiğinde, normallik varsayımının büyük ölçüde sağlandığı görülmüştür. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer alması ve Bartlett küresellik testinin anlamlı sonuç vermesi, verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda, çalışmada parametrik istatistiksel yöntemlerin kullanılmasının uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, kullanılan ölçeğin faktör analizi için uygun bir yapıya sahip olduğunu ve verilerin istatistiksel analizler açısından gerekli varsayımları karşıladığını göstermektedir. Ölçeğin faktör yapısının yeterli düzeyde olduğu, değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu ve elde edilen sonuçların literatürde yer alan benzer çalışmalarla uyum gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, elde edilen uyum indeksleri ve SRMR değerinin modelin iyi düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koyduğu görülmektedir. Ayrıca, standartlaştırılmış yol katsayılarının kabul edilebilir düzeylerde olması, faktörlerin bağlı oldukları boyutları yeterli ölçüde temsil ettiğini ve modelin yapısal açıdan uygun olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, alt boyutların ana yapıyı temsil gücünü değerlendirmek amacıyla hiyerarşik yapı doğrudan ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. İkinci düzey model, birincil düzey ölçüm modelini de kapsayan bütüncül bir yapı sunduğundan, alt boyutlara ilişkin birincil düzey DFA sonuçları ayrıca raporlanmamış; yapı geçerliliği hiyerarşik yapı üzerinden değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, alt boyutların ana yapıyı yeterli düzeyde temsil ettiğini ve modelin yapısal açıdan uygun olduğunu göstermektedir.

Hasta memnuniyet ölçeği bir bütün olarak değerlendirildiğinde, güvenilirlik analizleri ölçeğin yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir.

Yapılan tanımlayıcı istatistikî analiz sonuçlarına göre personel hastalara yeterince zaman ayırmakta, personelle kolaylıkla çekinmeden iletişim kurulabilmekte ve süreçte yapılacak tıbbî işlemler için gerekli rıza onam konusunda hastalar yeterince bilgilendirilmektedir. Hastalar sağlık problemleriyle ilgili her türlü ihtiyaç halinde uzman kişilere ve sağlık kuruluşuna kolay bir şekilde ulaşabilmektedir. Ayrıca hastalar hizmet sürecinde kullanılan ilaç, ekipman ve tedavi yöntemi hakkında bilgilendirilmekte ve süreçte hastanın herhangi bir istek veya şikayeti dikkate alınmaktadır. Bu sonuçlar İncesu ve arkadaşları tarafından (2014) yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca evde sağlık hizmetlerine başvuru süreci için ilk başvurudan sonra hızlı geri dönüş yapılarak hastaya kısa sürede ilk ziyaret için randevu verilmekte, başvuru için gerekli resmi işlemlerde hasta herhangi bir engelle karşılaşmamakta ve hasta ilk ziyaret sonrası hizmet hakkında yeterince bilgilendirilmektedir. Personeller hasta ve yakınlarına nazik, saygılı, duyarlı yaklaşım sergilemekte olup görevlerinde istekli, dikkatli ve becerikli davranmakta, mahremiyete de dikkat etmektedirler. Bu sonuçlar Yeşiltaş ve Adıgüzel'in (2016) çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermiştir. Personeller hizmet sürecinde hijyen kurallarına uyarak maske, eldiven ve kıyafet kullanımına özen göstermekte ek olarak ev ziyaretlerine zamanında gelmektedirler. Ayrıca personeller hastanın bakımı için ailesine veya yakınlarına gerekli bilgilendirmeleri yapmaktadırlar. Evde sağlık hizmeti alan hastalar herhangi bir konu hakkında istediği zaman personellerden bilgi alabilmektedirler. Hastalar evde sağlık hizmetlerini gereksinim duyan herhangi birine rahatlıkla tavsiye edebileceklerdir.

Hastalara yönlendirilen ilgi ve önem derecesi ve gösterilen sebeplere bakıldığında anket cevapları ile arasında uyumsuzluk olduğu saptanmıştır. Bu durumun hastaların yapılan anketin devlet tarafından yapıldığını ve aldıkları hizmetin kesileceği endişesiyle ifadelerle rahatlıkla ve çekinmeden cevap vermemesinden veya ilgi ve önem derecesini yeterli bulan hastaların zıttı düşüncedeki hastalardan yoğunlukta olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Hipotezlerin test edilmesine ilişkin Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde hasta memnuniyeti ve alt boyutları olan erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet tutumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personelinin davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ile memnuniyet düzeyleri arasında pozitif ilişki bulunmaktadır.

Çalışmada yer alan sorular hastaların aldıkları evde sağlık hizmetlerinden memnun olup olmadıklarına yönelik sorulmuştur. Hizmet için ilk müracaattan sonra hızlı dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun olan, hizmet için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engelle karşılaşmayan ve ilk ziyaret sonrası verilecek hizmetler hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olacağı görülmüştür. Dolayısıyla bu konularda duyulan memnuniyetin sürdürülmesi ve artırılması için resmi başvuru süreci yetkililer tarafından düzenli olarak denetlenebilir. Hizmet sürecinde ziyaret günlerine tam zamanında gelinen ve bu süreçte oluşan istek ve şikâyetleri dikkate alınan hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olacağı belirlenmiştir. Memnuniyetin ölçülmesi noktasında hastaların istek ve şikâyetleri önem teşkil etmektedir. Bu sebeple belirli periyotlarla hasta geri bildirimleri sağlanabilir. Hastalardan alınan geri bildirimler ile iyileştirilmesi gereken konular üzerine yoğunlaşarak bu alanlarda gerekli düzenlemeler yapılabilir. Ayrıca hizmet sürecinde kullanılan ilaç, ekipman ve tedavi yöntemi hakkında yeterli bilgi alan, süreçte evde sağlık ekibinin nazik, saygılı ve duyarlı davrandığını düşünen ve personelin hizmet boyunca dikkatli ve becerikli yaklaşımından memnun olan hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olacağı gözlenmiştir. Hastaların personel ile ilişkisi üzerine memnuniyetin artırılması için hasta-personel iletişimi hakkında evde sağlık hizmeti personellerine seminerler sunulabilir. Buna ek olarak hasta ve yakınlarını doğru ilaç kullanımı hakkında yeterince bilgilendirilebilir, personellerin becerileri ise yenilenen teknolojik gelişmelerle ve mesleki eğitimlerle desteklenebilir. Hizmet sürecinde ailesi ve yakınına bakım hakkında yeterli bilgi verilen, herhangi bir konuda istendiği zaman personelden bilgi alabilen, hizmet sürecinde yeterince zaman ayrılan ve personelle kolaylıkla çekinmeden iletişim kurabilen hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olacağı saptanmıştır. Personelin hasta ve hasta yakınına yaptığı gerekli bilgilendirmelerin doğru anlaşıldığı teyit edilebilir ve personelin hastalara daha yapıcı yaklaşımına gerekli özenin gösterilmesi ile hastaların süreçte kendini daha rahat ifade edebilmesi sağlanabilir. Sağlık konusunda herhangi bir ihtiyaç veya acil durum hallerinde uzmana ve sağlık kuruluşuna kolay ulaşan hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olacağı belirlenmiştir. Bu bağlamda olası herhangi bir acil durum için yetkili kişi veya birimlerle kolay iletişim kurabilme noktasında gerekli teknolojik alt yapılar sağlanabilir ve günümüzde önemi artan tele-tıp uygulamaları sisteme entegre edilebilir. Ayrıca özellikle yaşlı ve tek yaşayan

hastaların acil durumlarda 112 acil hizmetlerle ve uzman kişilerle iletişime geçebilmesi için hastalara yeterli teknolojik bilgilendirme yapılabilir. Bu bağlamdaki var olan teknolojilerin de geliştirilmesi önerilebilir. Hizmete gereksinim duyan herhangi birine hizmeti rahatlıkla tavsiye edebilen, hasta mahremiyetine yeterince dikkat edilen ve yapılacak işlemler için rıza onam konusunda yeterince bilgilendirilen hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olacağı saptanmıştır. Böylece hastaların memnuniyetlerinin artırılması amacıyla hasta mahremiyetine hassasiyet gösterilmesi için hem hasta hem de personel bilgilendirilebilir. Hizmet alan kitle genelde yaşlı hastalardan oluştuğu için hastaya yapılacak her işlemde hastanın da tedavi sürecine aktif katılım göstermesi amacıyla bilgilendirmeler açık, yeterli ve anlaşılabilir olmalıdır. Ayrıca yanlış ve yetersiz bilgilendirme sonucunda yanlış bakım veya müdahale ihtimaline karşı bakım sağlayan kişilere özellikle tıbbi müdahale noktasında gerekli uyarılar yapılabilir ve yeterli bilgilendirmeler sağlanabilir. Personelin görevinde yeterince istekli olduğunu düşünen, personelin hijyen kurallarına ve maske, eldiven ve kıyafet kurallarına gerekli özeni gösterdiğini ifade eden hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olacağı görülmüştür. Bu sebeple personelin görevinde yeterince istekli olması için motivasyonun artırılmasına dair kurum içi etkinlikler düzenlenebilir ve personelin başarısı ödüllendirilebilir. Tedavi süreci için özellikle enfeksiyon riskine karşı büyük önem oluşturan hijyen kurallarına karşı personel bilgilendirmenin yanında kullanılan ekipmanların hijyenine dikkat edilebilir, tıbbi atıkların yönetimi sağlanabilir, cihazların belli aralıklarla bakımları yapılabilir ve bu işlemlerin düzenli kontrollerinin sağlanması önerilebilir.

Hasta memnuniyeti ve alt boyutları olan erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet tutumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personelinin davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ile evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumu arasında negatif bir ilişki vardır. Böylece hasta memnuniyetinin artırılması yönündeki öneriler ilgi ve önem konusundaki sıkıntıları da bertaraf edecektir.

Hasta memnuniyeti ve alt boyutları olan erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet tutumu ve sağlık personelinin davranışı ile ilgili memnuniyet durumu ile evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumunun sebebi arasında negatif bir ilişki vardır. Fakat tedavi ve takip süreci ile ilgili

memnuniyet durumu ile evde sağlık hizmetinde ilgilenilmeme ve sağlığın önemsenmeme durumunun sebebi arasında bir ilişki görülmemiştir.

Korelasyon analizi sonucu elde edilen bulgular ışığında belirtilen önerilere ek olarak; hastaların ilgi ve önemsenmeme durumunu hissetmemesi konusunda sağlık personelleri dinleme becerileri, empati ve etkili iletişim üzerine bilgilendirilebilir. Psikolojik ve fiziksel olarak hassas yapıya sahip bu hasta grubuna daha kişisel ve anlayışla yaklaşılarak hasta ve personel arası ilişkiler g c lendirilebilir. Her hastalık durumunun farklı sürelerde bakım ve ilgi gerektirmesinden dolayı hastaya özel ve yeterli s reler ayrılmasına  zen gösterilebilir. Bu durum hastanın ayrılan s reden memnuniyet duymasının yanında iyileşme sürecini de hızlandıracadığı için konu üzerinde durulabilir. Ayrıca hastaların süreçten ve tedaviden daha etkili bir şekilde yararlanabilmesinin yanında yüksek düzeyde memnuniyet duymasını sağlamak amacıyla süreç konusunda bilgilendirilmelerin yanında sürecin düzenli olarak hastayla paylaşılmasıyla hastalardaki bilinç düzeyi artırılabilir. Personelin süreçte daha istekli, yeterli ve duyarlı olabilmesi için personele gerekli psikolojik destek sağlanabilir. Hastaların memnuniyetine etki eden ekipman ve cihaz desteği yeni teknolojilerle desteklenebilir. Hastalar hasta hakları konusunda ve hastaların hizmeti rahatlıkla tavsiye etmesi noktasında hizmet kapsamı hakkında bilinçlendirilebilir. Hastaların gerek duyulduğu zaman uzmana ve sağlık kuruluşuna ulaşabilmesi, kolaylıkla randevu alabilmesi ve randevuya gitmeyi gerektiren zamanlarda duyulan araç gereksiniminin sorunsuz ve kesintisiz bir şekilde sağlanabilmesi için evde sağlık hizmeti randevu ve rotasyon sistemlerinde gerekli düzenleme ve denetimler sıklaştırılabilir. Bunlara ek olarak hastalardan sağlanan düzenli geri bildirimler ile gerekli stratejik planlamalar yapılabilir.

Hasta memnuniyeti ve alt boyutlarındaki farklılaşmaları tespit etmek amacıyla farklılaşma analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda yaş, cinsiyet, sosyal güvence ve hizmet alma sürelerine göre değişkenlerde herhangi bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Buna karşılık eğitim düzeyi açısından bakıldığında hasta memnuniyeti ve erişilebilirlik memnuniyet durumunda eğitim düzeyine göre farklılaşmalar gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin azalmasının hasta memnuniyetinde bir artışa yol açtığı durumunu ortaya koymakta olup, üstün ve Cezlan'ın 2021 yılında gerçekleştirdiği çalışma sonuçlarıyla benzerlik taşımaktadır. Öte yandan, Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2024 yılında yapılan "Hasta Memnuniyeti"  zerine gerçekleştirilen

araştırmada farklı sonuçlar göstermektedir. Araştırmadaki farklılaşmalar incelendiğinde okuryazar olmayanların okuryazar olanlara göre hasta memnuniyeti ve erişilebilirlik memnuniyet durumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonucun okuryazar olan hastaların sistem hakkında ve evde sağlık hizmeti konusunda daha bilinçli olmasından dolayı hizmete daha eleştirel yaklaştığı bunun yanında okuryazar olmayan hastaların soruları net bir şekilde değerlendirerek cevaplamadığı düşünülmektedir. Ayrıca evde sağlık bakımı hizmetinin bulunmaz bir imkân olarak görülmesinin eksikliklerinin de göz ardı edilmesine sebep olduğu gözlenmiştir.

Sağlık personelinin ilgi ve önem durumuna göre yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre hasta memnuniyeti ve alt boyutları olan erişilebilirlik memnuniyet durumu, evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet tutumu, tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumu ve sağlık personelinin davranışı ile ilgili memnuniyet durumlarında farklılaşmalar gözlemlenmiştir. Elde edilen verilere göre ilgi ve önemin verildiğini düşünen hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde hizmet için ilk müracaattan sonra hızlı dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun olan, hizmet için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engelle karşılaşmayan ve ilk ziyaret sonrası verilecek hizmetler hakkında yeterince bilgilendirilen hastaların ilgi ve önemin verildiğini düşüneceği görülmüştür. Aynı şekilde hizmet sürecinde ziyaret günlerine tam zamanında geline ve bu süreçte oluşan istek ve şikâyetleri dikkate alınan, hizmet sürecinde kullanılan ilaç, ekipman ve tedavi yöntemi hakkında yeterli bilgi alan, süreçte evde sağlık ekibinin nazik, saygılı ve duyarlı davrandığını düşünen ek olarak personelin hizmet boyunca dikkatli ve becerikli yaklaşımından memnun olan hastaların ilgi ve önemin verildiği düşüneceği belirlenmiştir. Hizmet sürecinde ailesi ve yakınına bakım hakkında yeterli bilgi verilen, herhangi bir konuda istendiği zaman personelden bilgi alabilen ayrıyeten hizmet sürecinde yeterince zaman ayrılan ve personelle kolaylıkla çekinmeden iletişim kurabilen hastaların ilgi ve önemin verildiğini düşüneceği saptanmıştır. Ayrıca sağlık konusunda herhangi bir ihtiyaç veya acil durum hallerinde uzmana ve sağlık kuruluşuna kolay ulaşan, hizmete gereksinim duyan herhangi birine hizmeti rahatlıkla tavsiye edebilen, hasta mahremiyetine yeterince dikkat edilen ve yapılacak işlemler için rıza onam konusunda yeterince bilgilendirilen hastaların ilgi ve önemin verildiğini düşüneceği görülmüştür. Son olarak da personelin görevinde yeterince

istekli olduğunu düşünen, personelin hijyen kurallarına ve maske, eldiven ve kıyafet kurallarına gerekli özeni gösterdiğini ifade eden hastaların ilgi ve önemin verildiğini düşüneceği belirlenmiştir. Bu bağlamda korelasyon analizi sonucu verilen önerilerle hastaların memnuniyetlerinin yükseltilmesi halinde hastalar ilgi ve önemin verildiğini düşünebilirler. Aynı şekilde ilgi ve önemin verilmediğinin düşünülme sebeplerinde de benzer sonuçlar gözlenmiştir. Yalnızca sağlık personelinin davranışıyla ilgili memnuniyet durumunda farklılaşma bulunamamıştır.

Bu çalışmada, 258 hastadan yüz yüze ve telefon görüşmeleri aracılığıyla elde edilen anket verilerinin analiz sonuçları sunulmaktadır. Elde edilen bulguların, sağlık kuruluşları, sağlık yöneticileri, evde sağlık hizmeti birimleri ve sağlık personeli için yararlı olacağı öngörülmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, hastalara ilgi ve önem gösterilmemesinin nedenlerini belirlemeye yönelik görüşme yöntemlerinin kullanılması ve bu doğrultuda çözüm önerilerine odaklanması önerilmektedir. Ayrıca, çalışmanın farklı bölgeler ve iller bazında genişletilmesi, hasta memnuniyetinin çeşitli aracı ve moderatör değişkenler aracılığıyla incelenmesi mümkün olabilir. Farklı şehirlerde gerçekleştirilecek araştırmalar ile karşılaştırmalı analizler yapılabilir. Hastalar üzerinde daha uzun vadeli ve geniş ölçekli çalışmalar yürütülmesi de önemli bir katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra, memnuniyet araştırmalarının belirli aralıklarla tekrarlanması ve farklı yöntemler (örneğin Kritik Olaylar Tekniği, Derinlemesine Analiz, İçerik Analizi) kullanılarak verilerin toplanması ve değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, memnuniyet düzeyine ilişkin olarak sağlık personeli odaklı ayrı çalışmaların yapılması da dikkate değer bir araştırma alanı olarak öne çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abusalem, S., Myers, J., & Aljeesh, Y. (2013). Patient Satisfaction in Home Health Care, *Journal Of Clinical Nursing*, 22 17-18, 2426-35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04211.x>.
- Afrashtehfar, K., Assery, M., & Bryant, S. (2020). Patient Satisfaction in Medicine and Dentistry, *International Journal of Dentistry*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6621848>.
- Ağın, S. (2023). Hastanın Tedaviyi Ret Hakkı, *Yaşar Hukuk Dergisi*, 5(2), 337-389.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler>
- Akar, B., & Akçay, S. (2024). Nitel Araştırmalarda Çevrimiçi Odak Grup Görüşmeleri, *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 24(1), 55-72. <https://doi.org/10.54961/uobild.1489908>.
- Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Akbolat, M., Ünal, A. G. Ö., & Amarat, A. G. M. (2019). Hastane Fiziksel Ortamına İlişkin Deneyimlerin Hasta Memnuniyetine Etkisi, R. Erdem, S. Bostan & T. Şahinöz (Ed.) 4. *Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi e-Bildiri Kitabı*, ISBN: 978-605-87853-5-9, (ss.104-108). http://ihmc2019.ussam.org/site_media/media/documents/IHMC_2019_Bildiri_Kitab%C4%B1_Yeni.pdf
- Aksoy, H. (2015). Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları, *Türk Tıp Dergisi*, Cilt:7 Sayı:1, 118-121.
- Alkeridy, W., Aljasser, A., Alayed, K., Alsaad, S., Alqahtani, A., Lım, C., Alamrı, S., Mekkawy, D., & Al-Sofiani, M. (2022). Predictors of Mortality in Home Health Care Service: Data from Saudi Arabia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 199-2005. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S379782>.
- Almalkı, F. (2023). Factors Affecting Patient Satisfaction with Home Healthcare Services Provided by Taif Mental Health Hospital, *International Journal of Scientific and Research Publications*. <https://doi.org/10.29322/ijsrp.13.08.2023.p14016>.
- Almeida, R., Bourliataux-Lajoine, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction Measurement Instruments For Healthcare Service Users: A Systematic Review, *Cadernos De Saude Publica*, 31 1, 11-25. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027014>.
- Alnıgeniş, E. (2023). Evde Bakım Hizmetlerine Bakış, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 10: 50-53. https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_Dergi_Sayi10-50-53.sayfalar_Etem_Alnigenis.pdf
- Alourdas, K. G. (2020). Cost Estimation Of Home Medical Services, Master's Thesis, University Of Piraeus.
- Al-Surimi, K., Al-Harbi, I., El-Metwally, A., & Badrı, M. (2019). Quality of Life Among Home Healthcare Patients in Saudi Arabia: Household-Based Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1095-z>.

- Amro, N., Kamel, A. M. A., Qtait, M., Yagi, H., Amro, B., Amro, R., & Amro, R. (2018). Factors Affect Patients Satisfaction In Emergency Departments In Palestine. *An International Peer-Reviewed Journal*, 54.
- Anık, H., Uyanık, G., & Yılmaz, M. (2023). Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımlarının İncelenmesi, *JAREN*; 9(1):1-11.
- Antalya İl Sağlık Müdürlüğü. Organizasyon Şeması. <https://antalyaesh.saglik.gov.tr/TR-165506/organizasyon-semasi.html> Erişim Tarihi: 15.01.2025
- Araz, N. (2019). *Hizmet Kalitesi ve Çalışan Kadrosunun Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi: Bir Sağlık Kuruluşunda İnceleme*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Arıkan, D., Saban, F., & Gürarslan Baş, N. (2014). Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Hastaneye ve Sağlık Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 4(2), 109-116.
- Arıkan, R. (2018). Anket Yöntemi Üzerinde Bir Değerlendirme, *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 97-159.
- Arslanoğlu, A., & Varol, S. (2022). Hastane Fiziki Yapısının Hasta Memnuniyetine Etkisi, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 203-217.
- Asıgbulmuş, H. (2016). *Hasta Memnuniyeti Çerçevesinde Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta İlinde Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Aslan, Ş., Uyar, S. & Güzel, Ş. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye, *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.
- Aslaner, H., Gökçek, M.B., Çetin, A., Mıstık, S., Karaağaç, M., & Benli, A.R. (2022). Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kayseri Örneği, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2022; 31 (3): 383-389.
- Ateş, M. (2020). *Sağlık İşletmeciliği*, 3. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Aybars, H. (2019). *Türkiye’de ve Dünya’da Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi
- Aydın, A.F. (2023). *Hasta Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi.
- Aydın, N. (2016). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti (Bir Devlet Hastanesinde Araştırma). *Reforma*, 4(72), 73-82.
- Aydın, O.A. (2021). *Hekime ve Hastaneye Güven ile Hastane Tercihi Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi.
- Aydın, S. (2022). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite-Teoriden Pratiğe*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Balasubramanian, S., Biji, M., Ranjith, M., & Abhina, S. (2021). Patient Satisfaction İn Home Care Services Through E-Palliative Care -An Experience Of Tertiary Cancer Centre From Kerala, *Indian Journal Of Palliative Care*, 28, 250- 255. <https://doi.org/10.25259/ijpc.36.2021>.
- Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri, *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 4(1), 76-93.

- Bawa, R., & Sinha, A. (2023). Expansion of Home Health Care: Experience of Nurses and General Duty Assistants: An Exploratory Study, *Journal of the Anthropological Survey of India*, 72, 202- 219. <https://doi.org/10.1177/2277436X231159769>.
- Benli, A.R. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinin Yapılandırılmasına Yeni Bir Bakış, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 13 Sayı: 3, Sayfa:189-194.
- Bhardwaj, A. (2021). Patient Satisfaction İn Rural Area. *International Journal Of Applied Dental Sciences*. <https://doi.org/10.22271/ORAL.2021.V7.I2C.1209>.
- Billiet, J. (2013). Quantitative Methods With Survey Data İn Comparative Research. *In A Handbook Of Comparative Social Policy*, Second Edition (pp. 264-300). Edward Elgar Publishing.
- Boling, P., & Kinosian, B. (2022). The Challenge Of Proving The Value Of Medical Care İn The Home. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 71, 362- 364. <https://doi.org/10.1111/jgs.18153>.
- Busetto, L., Wick, W. & Gumbinger, C. (2020). How To Use And Assess Qualitative Research Methods. *Neurol. Res. Pract.* 2, 14. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>.
- Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, 24. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.
- Cansever, İ.H. (2024) Türkiye's Home Care Paradox: A Policy Evaluation Research on the Buurtzorg Model, *Journal of Economics and Administrative Sciences*, 25(4): 505-519, DOI: 10.37880/cumuiibf.1458508.
- Cerrah, L. C., Umar, E. K., Oral, M., & Pak, M. (2024). Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin ve Bakım Verenlerinin Karşılaştıkları Sosyal Sorunlar Üzerine Nitel Bir Çalışma: Oltu Örneği, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 24(62), 77-96.
- Chandra, S., R., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review, *Arch Med*, 3. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>.
- Chaves, C., & Santos, M. (2016). Patient Satisfaction İn Relation To Nursing Care At Home, *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, 217, 1124-1132. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2016.02.127>.
- Chen, S., Guo, X., Wu, T., & Ju, X. (2020). Exploring the Online Doctor-Patient Interaction on Patient Satisfaction Based on Text Mining and Empirical Analysis, *Inf. Process. Manag.*, 57, 102253. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2020.102253>.
- Christi, V., Macwan, A., Valand, S., & Gohil, D. (2024). Patient Satisfaction Regarding Quality Nursing Care. *RGUHS Journal of Nursing Sciences*. https://doi.org/10.26463/rjns.14_1_6.
- Cingolani, M., Scendonı, R., Fedeli, P., & Cembrani, F. (2023). Artificial İntelligence And Digital Medicine For İntegrated Home Care Services İn Italy: Opportunities And Limits, *Frontiers İn Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1095001>.
- Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2019). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, 10. Baskı, Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- Çakır, D. (2015). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti: Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

- Çatak, B., & Bahçecik, N. (2017). Evde Bakım Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 40-48
- Çayır, Y. (2020). Evde Sağlık Hizmetleri, *TJFMPC*, 2020;14(1): 147-152.
- Çelik Güzel, E., & Toprak, D. (2018). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 10 Sayı: 5 Eylül- Ekim 2018.
- Çetin, M. (2024). İstanbul’da Bir Özel Hastanede Temizlik Kontrol Formlarının Dijital Takibi ile Hasta Şikayetlerinin Azaltılmasına Yönelik Bir Uygulama, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(1), 118-126. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1383486>.
- Çetintürk, İ. (2016). Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 9(50), 203-215.
- Çoban, M. (2015). *Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve Türkiye Örneğinde İncelenmesi ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi.
- Çoban, M., & Esatoğlu, A. E. (2021). Evde Bakım Hizmetlerinin Almanya ve Türkiye Örneğinde Karşılaştırılması: Nitel Bir Araştırma, *Sosyolojik Bağlam Dergisi*, 2(3), 55-71. doi:10.52108/2757-5942.2.3.4.
- Dağdeviren, T. S., Demir, N., Adahan, D., Dağdeviren, M., & Tekin, O. (2020). Assessment of Maintenance Burden in The Caregivers Of The Patients Receiving Home Health Care Services, *TJFMPC*, 2020;14 (2): 186-195.
- Dağdeviren, T.S., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O.A., & Adahan, D. (2019). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri, *Ankara Medical Journal*, 19(2): 232-243.
- Daver, T., & Kolluoğlu, M.P. (2022). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri: Mevzuat, Uygulama ve Ulaşılabilirlik, *Aydın Sağlık Dergisi- Yıl 8 Sayı 2- Haziran- 2022* (71-85)
- Delidakı, A., Mittas, E., Georgosopoulou, S., Tselas, E., Galanis, P., Kalokairinou, A., Giannakopoulou, M., & Adamakidou, T. (2022). Patient Satisfaction From The ‘Agioi Anargiroi’ Home Health Care Service, *Hellenic Journal Of Nursing Science*. <https://doi.org/10.24283/hjns.202231>.
- Dengiz, A. Ö., Atalay, K.D., & Altıparmak, F. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinde Çok Amaçlı, Çok Turlu ve Zaman Pencereli Rotalama Problemi İçin Hedef Programlama Yaklaşımı, *Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University* 36:4 (2021) 2167-2181.
- Derin, N., & Demirel, E. T. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, *The Journal Of Academic Social Science Studies*, 6(2).
- Dewi, W., Peristiwati, Y., N. & Wardani, R. (2022). Determinants of Satisfaction of Inpatients in Hospitals, *Journal for Quality in Public Health*. <https://doi.org/10.30994/jqph.v5i2.332>.
- Dıwan, W., Nakonezny, P., & Wells, J. (2020). Effect of Length of Hospital Stay and Patient Factors on Patient Satisfaction in an Academic Hospital, *Orthopedics*, 1-7. <https://doi.org/10.3928/01477447-20200910-02>.
- Doğan Merih, Y. Ertürk, N. Yemenici, M. & Satman, İ. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Kullanımı, *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 76-89.

- Doğusan, A.R. (2019). Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Mevzuat ve Gelişimi, *Ankara Medical Journal*. <https://doi.org/10.17098/amj.624563>.
- Eker, E., Özerdoğan, Ö., Yıldırım, E., Oymak, S., Bakar, C. (2019). Çanakkale İlinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Temel Demografik Özellikleri ve Sağlık Durumları, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2019;12(3):457-468.
- Ekingen, E., & Yıldız, A. (2021). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profillerinin İncelenmesi: Batman İli Örneği, *Türkiye Klinikleri Journal Health Sciences*. 2021;6(3):609-17, DOI:10.5336/healthsci.2020-77586.
- Emhan, A., & Bez, Y. (2010). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 37(3), 241-247.
- Endang, A., Riana, M., Jannah, M., & Malik, K. (2022). Home Service Information System Design for Health Workers, *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*. <https://doi.org/10.22161/ijaers.97.28>.
- Erdem, R., & Yıldırım, H. H. (2018). Evde Sağlık Hizmetlerinde Bakım Sürekliliği ve Hasta Memnuniyeti, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 45–56.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., & Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulamalı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.
- Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü. (2020). Evde Sağlık Hizmeti Hangi Durumlarda Sonlandırılır? <https://mengucekgazieah.saglik.gov.tr/TR,212510/evde-saglik-hizmetleri.html>
- Fang, J., Liu, L., & Fang, P. (2019). What Is The Most Important Factor Affecting Patient Satisfaction—A Study Based On Gamma Coefficient, *Patient Preference And Adherence*, 515-525.
- Farzianpour, F., Byravan, R., & Amirian, S. (2015). Evaluation Of Patient Satisfaction And Factors Affecting It: A Review Of The Literature, *Health*, 7(11), 1460-1465.
- Gavurova, B., & Kubák, M. (2021). The Importance of Evaluating Inpatients' Satisfaction with Emphasis on The Aspect of Confidence, *Oeconomia Copernicana*. <https://doi.org/10.24136/oc.2021.027>.
- Gavurová, B., Dvorský, J., & Popesko, B. (2021). Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111337>.
- Gey, N. (2018). Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapı ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- Gey, N., & Yazar, O. (2019). Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 45-71.
- Ghanad, A. (2023). An Overview of Quantitative Research Methods, *International Journal Of Multidisciplinary Research And Analysis*, 6(08), 3794-3803.
- Goktepe, B., Karakullukçu, A., Yazan Arslan, A., Kaba, A., Karakullukçu, S., & Ardinç, C. (2024). Investigation of Care Burden and Burnout Levels of Elderly Care Providers Receiving Home Health Services, *IJCMB* 2024;4(3):94-102 doi.org/10.5281/zenodo.13787457.

- Graham, B. (2016). Defining and Measuring Patient Satisfaction, *The Journal of Hand Surgery*, 41 9, 929-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2016.07.109>.
- Graham, B., Green, A., James, M., Katz, J., & Swiontkowski, M. (2015). Measuring Patient Satisfaction In Orthopaedic Surgery, *The Journal Of Bone And Joint Surgery. American Volume*, 97 1, 80-4. <https://doi.org/10.2106/JBJS.N.00811>.
- Gupta P., & Randhawa S. (2023). Home Healthcare: Emerging phenomenon in India, Health Systems Transformation Platform, New Delhi: *Health System Transformation Platform*.
- Güdük, Ö., Güdük, Ö., & Sertbaş, Y. (2020). Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Karakteristik Özellikleri ve Hizmet Talebinin İncelenmesi, Araştırma Makalesi, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1): 78-83
- Gümüş, R., & Sarıbaş, S. (2017). Diyarbakır İli ve İlçelerinde 2015 Yılında Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt:3 Sayı:1.
- Gürer, A. (2021). Ülke Örnekleri ile Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış, *Journal of Health Services and Education*; 5(1): 20-25 ISSN: 2636-8285 DOI: 10.29228/JOHSE.6.
- Hadı, N. U., Abdullah, N., & Sentosa, I. (2016). An Easy Approach to Exploratory Factor Analysis: Marketing Perspective, *Journal of Educational and Social Research*, 6(1), 215-223.
- Hariez, T. M., & Akbar, P. S. (2019). Pengaruh Rasa, Penampilan, Tingkat Kematangan, Suhu, Kebersihan Dan Porsi Makanan Terhadap Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Gizi Di Rs X Malang, *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 5(2), 65-71 <https://fastercapital.com/content/Home-Health-Care-History--The-History-and-Evolution-of-Home-Health-Care.html>.
- <https://www.parxhhc.com/resources/when-did-home-health-care-begin> Erişim Tarihi: 15.11.2024
- Huang, H., Cui, J., Zhang, H., Gu, Y., Ni, H., & Meng, Y. (2024). The Role of Mental Health in The Relationship Between Nursing Care Satisfaction with Nurse-Patient Relational Care in Chinese Emergency Department Nursing, *PLOS ONE*, 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309800>.
- Hubbeling D., & Bertram R. (2014). Hope, Happiness and Home Treatment: A Study into Patient Satisfaction with Being Treated at Home, *The Psychiatric Bulletin*, 2014;38(6):265-269.
- Hussain, A., Sial, M., Usman, S., Hwang, J., Jiang, Y., & Shafiq, A. (2019). What Factors Affect Patient Satisfaction in Public Sector Hospitals: Evidence from an Emerging Economy, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060994>.
- Hwang, J., Vu, G., Tran, B., Nguyen, T., Nguyen, B., Nguyen, L., Nguyen, H., Latkin, C., Ho, C., & Ho, R. (2020). Measuring Satisfaction with Health Care Services For Vietnamese Patients with Cardiovascular Diseases, *PLOS ONE*, 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235333>.

- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., & Fidan, C. (2016). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- Iwata, H., Matsushima, M., Watanabe, T., Sugiyama, Y., Yokobayashi, K., Son, D., Sato, Y., Yoshida, E., Satake, S., Hinata, Y., & Fujinuma, Y. (2020). The need for home care physicians in Japan – 2020 to 2060, *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2>.
- Ikeda, T., & Tsuboya, T. (2021). Place of Death and Density of Homecare Resources: A Nationwide Study in Japan, *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 25, 25- 32. <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0003>.
- İlhan, M., & Çetin, B. (2014). Sosyal ve Kültürel Zekâ Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi, *Turkish Journal of Education*, 3(2), 4-15. <https://doi.org/10.19128/turje.181078>.
- İncesu, E., Tombul, C., Arkan, M., & Babuçcu, H. (2014). Evde Sağlık Hizmetlerin Erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* (4), 18-25.
- Jayadı, A. (2020). Mengukur Tingkat Kepuasan Pelayanan Gizi Pada Pasien Rawat Inap Melalui Rasa Makanan. *Jurnal Ilmu Gizi Indonesia (JIGZI)*, 1(2).
- Jencik, A. (2011). Qualitative Versus Quantitative Research. in J. T. Ishiyama, M. Breuning (Eds.) *Qualitative Versus Quantitative Research* (pp.506-513). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412979351.n60>.
- Jin, Z. (2023). Home Health Care Problem Related to Routing and Scheduling, *Frontiers in Business, Economics and Management*. <https://doi.org/10.54097/fbem.v9i2.9290>
- Johnson, S., Bacsu, J., Abeykoon, H., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2018). No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada, *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2018;37(4):400-419. doi:10.1017/S0714980818000375.
- Kalaycı Oflaz, N. (2023). Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu: Finansmanı ve Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme, *Alanya Akademik Bakış Dergisi*, 7(1), Sayfa No.311-335.
- Kamra, V., Singh, H., & De, K. (2016). Factors Affecting Patient Satisfaction: An Exploratory Study For Quality Management In The Health-Care Sector. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27, 1013-1027. <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1057488>
- Kaplan, N., Uyanık, A., & Sadıç, E. (2025). Globalleşen Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Tele Sağlık ile Yönetimi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 150-160. <https://doi.org/10.59244/ktokusbd.1612371>.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient Satisfaction with The Quality of Nursing Care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Evde Sağlık Hizmetlerinin Hasta Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 243–251.
- Karakuş, S., & Yilmaz, F. (2022). The Effects of Inpatients' Privacy on Satisfaction. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*. <https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.s06.214>.

- Khadka, J., Lang, C., Ratcliffe, J., Corlis, M., Wesselingh, S., Whitehead, C., & Inacio, M. (2019). Trends in The Utilisation of Aged Care Services in Australia, 2008–2016. *BMC Geriatrics*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1209-9>.
- Khan, S. (2014). Qualitative Research Method: Grounded Theory. *International Journal of Biometrics*, 9, 224. <https://doi.org/10.5539/IJBM.V9N11P224>.
- Khodabandeh, P., Kayvanfar, V., Rafiee, M., & Werner, F. (2021). A Bi-Objective Home Health Care Routing and Scheduling Model with Considering Nurse Downgrading Costs, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 900. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030900>.
- Kılıç, T., & Topuz, R. (2015). Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 9(1), 78-97.
- Kılıç, S. (2026). *Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi.
- Kıran, İ., & Güçlü, A. (2022). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, 13, 107-114.
- Kıskaç, N., & Girgin, B. (2022). Evde Sağlık Hizmetlerinin Dünü, Bugünü ve Hemşirelerin Rolü, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2022;26(3):119-123.
- Korkmaz, M., & Ekinci, M. (2018). Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri ve Hasta Memnuniyeti, *Sağlık ve Toplum*, 28(2), 45–54.
- Koukiaris, Z. (2019). *Hasta İlişkileri Yönetimi Uygulamalarının Tatmin ve Bağlılık Üzerindeki Etkisi: Bir Sağlık İşletmesinde Uygulama*, Doktora Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Köse, M.F., Çobanoğlu, G., & Mercan Sarı, R. (2022). Yaşam Memnuniyeti Ölçeği’nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 55, 324-346. doi:10.9779.pauefd. 1020012.
- Kurt, M.E., Ceylan, A., & Çemberlitaş, İ. (2020). Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin Yıllık Gelir Gider ve Kâr-Zarar Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020; 19(75):1407-1418.
- Kurt, M.E., Çemberlitaş, İ., & Şen, M.A. (2019). Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Tarafından Sunulan Hizmetlerin Sosyal Devlet Olma İlkesi Açısından İncelenmesi, *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:9, Sayı:18, 307-319.
- Lan, Y., & Yan, Y. (2017). The Impact of Trust, Interaction, and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction, *Journal of Nursing and Health*, 02. <https://doi.org/10.21767/2574-2825.100015>.
- Landers, S., Madigan, E., Leff, B., Rosa, R., Mccann, B., Hornbake, R., Macmillan, R., Jones, K., Bowles, K., Dowding, D., Lee, T., Moorhead, T., Rodriguez, S., & Breese, E. (2016). The Future of Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 28, 262-278. <https://doi.org/10.1177/1084822316666368>.
- Lavallee, L. F., Hatch, P. M., Michalos, A. C., & McKinley, T. (2007). Development of the Contentment with Life Assessment Scale (CLAS): Using Daily Life

Experiences to Verify Levels of Self-Reported Life Satisfaction, *Social Indicators Research*, 83, 201-244.

- Lee, K. (2023). Home Medical Care And Home Health Care System And Roles of The Public Health Care in Korea. *Public Health Affairs*. <https://doi.org/10.29339/pha.23.11>.
- Lee, S., Groß, S., Pfaff, H., & Dresen, A. (2019). Waiting Time, Communication Quality, And Patient Satisfaction: An Analysis of Moderating Influences on The Relationship Between Perceived Waiting Time and The Satisfaction of Breast Cancer Patients During Their Inpatient Stay, *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.018>.
- Leff, B., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., ... Burton, J. R. (2005). Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of A Program to Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients, *Annals of Internal Medicine*, 143(11), 798–808.
- Lizano-Díez, I., Amaral-Rohter, S., Pérez-Carbonell, L., & Aceituno, S. (2021). Impact of Home Care Services on Patient and Economic Outcomes: A Targeted Review, *Home Health Care Management & Practice*, 34, 148-162. <https://doi.org/10.1177/10848223211038305>.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of Nurse–Patient Communication and Patient Satisfaction From Nursing Care, *Nursing Open*, 6, 1189- 1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>.
- Macallister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental Variables That Influence Patient Satisfaction: A Review of The Literature, *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169.
- Mascolo, M., Martinez, C., & Espinouse, M. (2021). Routing And Scheduling in Home Health Care: A Literature Survey And Bibliometric Analysis, *Comput. Ind. Eng.*, 158, 107255. <https://doi.org/10.1016/J.CIE.2021.107255>.
- Masoumi, N., Hosseinzadeh, M., Vanson, C., & Ghezeljeh, T. (2021). Home Healthcare in Iran: A Hybrid Concept Analysis, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26, 196- 203. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_198_20.
- Mehrad, A., & Zangeneh, M. H. T. (2019). Comparison Between Qualitative And Quantitative Research Approaches: Social Sciences, *International Journal For Research In Educational Studies*, 5(7), 1-7.
- Meyer, A., Sandström, G., & Modig, K. (2021). Nationwide Data On Home Care And Care Home Residence: Presentation of The Swedish Social Service Register, Its Content and Coverage, *Scandinavian Journal of Public Health*, 50, 946-958. <https://doi.org/10.1177/14034948211061016>.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>.
- Mounib, N., Aboueljinnane, L., Lebbar, M., & Riane, F. (2023). Home Health Care Operations Management: A Review, *Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*. <https://doi.org/10.46254/au01.20220328>.

- Nguyen, T. (2023). Patient Satisfaction, *International Healthcare Review (online)*. <https://doi.org/10.56226/55>.
- Nottingham, Q., Johnson, D., & Russell, R. (2018). The Effect of Waiting Time on Patient Perceptions of Care Quality, *Quality Management Journal*, 25, 32- 45. <https://doi.org/10.1080/10686967.2018.1404368>.
- OECD. (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Onurlubaş, E., & Altunışık, R. (2019). Marka Güveninin Satın Alma Niyeti Üzerindeki Etkisinde Marka Aşkının Aracılık Rolü, *Kesit Akademi Dergisi* (18).
- Öksüz, H. (2018). *Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi.
- Önsüz, M., Topuzoğlu, A., Cöbek, U., Ertürk, S., Yılmaz, F., & Birol, S. (2008). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi, *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
- Özkan, Ş. & Aca, Z. (2021). Japonya Evde Bakım Hizmetlerinin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 157-178. Doi:10.46218/tshd.940518.
- Pesen, C., & Bindak, R. (2021). İlkokul Matematik Dersinde Problem Çözme Öğretim Uygulamaları, *Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 23(1), 173-186. <https://doi.org/10.25092/baunfbed.847383>.
- Peterson, E., & Brodin, H. (2021). Choice, Needs or Equality? Discursive Struggles About Defining Home Care for Older People in Sweden, *Ageing and Society*, 42, 2433- 2453. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000131>.
- Philip, N., Rodrigues, J., Wang, H., Fong, S., & Chen, J. (2021). Internet of Things for In-Home Health Monitoring Systems: Current Advances, Challenges and Future Directions, *IEEE Journal on Selected Areas in Communications*, 39, 300-310. <https://doi.org/10.1109/JSAC.2020.3042421>.
- Putri, S., Afifah, T., Ghiffary, H., & Choirunnisa, A. (2023). Factors Related to Patient Satisfaction with Hospital Health Care, *An-Najat*. <https://doi.org/10.59841/an-najat.v1i2.29>.
- Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths And Limitations of Qualitative and Quantitative Research Methods, *European Journal of Education Studies*.
- Ramlı, A. H. (2017). Patient Satisfaction, Hospital Image And Patient Loyalty in West Sulawesi Province, *Business And Entrepreneurial Review*, 17(1), 1-14.
- Resmi Gazete. (2023). Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, Sayı: 32209, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>.
- Sağlık Bakanlığı (2023), Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=40219&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi:20.12.2024
- Sağlık Bakanlığı. (2024). 2023 Yılı Faaliyet Raporu. <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/47771/0/tc-saglik-bakanligi-2023-yilifaaliyetraporupdf.pdf>
- Sarıgül, H. (2015). Finansal Okuryazarlık Tutum ve Davranış Ölçeği: Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlilik, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 200-218. <https://doi.org/10.11611/JMER408>.

- Savaş, E., & Bahar, A. (2011). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, *Gaziantep Medical Journal*, 17(1), 24-28.
- Shang, J., Wang, J., Adams, V., & Ma, C. (2020). Risk Factors For İnfection in Home Health Care: Analysis of National Outcome and Assessment Information Set Data, *Research İn Nursing & Health*. <https://doi.org/10.1002/Nur.22053>.
- Siclován, D., Bang, J., Yakusheva, O., Hamilton, M., Bobay, K., Costa, L., Hughes, R., Miles, J., Bahr, S., & Weiss, M. (2021). Effectiveness of Home Health Care in Reducing Return to Hospital: Evidence From A Multi-Hospital Study in The US, *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103946. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103946>.
- Simpser, E., & Hudak, M. L. (2017). Financing of Pediatric Home Health Care, *Pediatrics*, 139(3), e20164202. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4202>
- Siregar, N., Hariyanto, T., & Ahmad, Z. S. (2018). Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien BPJS dan Non BPJS Terhadap Kualitas Pelayanan di Wilayah Puskesmas Dau Malang, *Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 3(2).
- Solmaz, T., & Altay, B. (2019). Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2.
- Srithumsuk, W., Prachusilpa, G., Thunyawon, S., & Somkome, T. (2024). Identification of Nursing Outcomes and Quality Indicators for Home Health Care in Older Adults with End-Stage Cancer, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 25(4), 1189.
- STD Raporu. (2024). Bütünleşik Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri- Ulusal Model Önerileri, URL: <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-106354/butunlesik-evde-saglik-ve-bakim-hizmetleri---ulusal-model-onerileri-2024-std-raporu-yayimlandi.html> Erişim Tarihi:01.12.2024
- Sun, Y., Iwagami, M., Komiyama, J., Sugiyama, T., Inokuchi, R., Sakata, N., Ito, T., Yoshie, S., Matsui, H., Kume, K., Sanuki, M., Kato, G., Mori, Y., Ueshima, H., & Tamiya, N. (2023). Association Between Types of Home Healthcare and Emergency House Calls, Hospitalization, and End-of-Life Care in Japan, *Journal of the American Geriatrics Society*, 71, 1795-1805. <https://doi.org/10.1111/jgs.18268>.
- Şahin, A., & Şen, S. (2017). Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 10 Sayı: 52.
- Şahin, B., & Taşkaya, S. (2010). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılarını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2), 85-114.
- Şahin, B., & Aydın, S. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Bakım Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti, *Anadolu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 67-75.
- Şanlı, Ö., & Arabacı, İ. B. (2016). Lise Öğretmenlerinin Örgütsel Kimlik Algılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 5(2), 443-458. <https://doi.org/10.14686/buefad.v5i2.5000145839>.
- Şimşek, H. Z., & Yay, S. (2022). Açımlayıcı Faktör Analizi ve E-Ticaretin Vergilendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar Üzerinde Etkili Olan Boyutların

Belirlenmesi Üzerine Bir Uygulama, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 14(2), 216-236.
<https://doi.org/10.55827/ebd.1192137>

Şimşek, Ö. F. (2020). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*, Ömer Faruk Şimşek, URL: https://www.google.com.tr/books/edition/YAPISAL_E%C5%9E%C4%B0TL%C4%B0K_MODELLEMES%C4%B0NE_G%C4%B0R%C4%B0/TD7YDwAAQB_AJ?hl=tr&gbpv=1&dq=%C5%9E%C4%B0M%C5%9EEK,+%C3%96.+F.+Yap%C4%B1sal+E%C5%9Fitlik+Modellemesine+Giri%C5%9F:+Temel+%C4%B0lke+ve+LISREL+Uygulamalar%C4%B1&printsec=frontcover.

Tan, M., Li, H., & Wang, X. (2023). Analysis of Patients' Privacy And Associated Factors in The Perioperative Period, *Frontiers In Medicine*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1242149>.

Tatlı, H.S. & Kazan, H. (2020). *Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler: Güven ve Kalite*, İstanbul İktisat Dergisi, 70(1), 205-227.

Tekin, Ç. (2018). Evde Hasta Bakım Hizmetleri Alanındaki Gelişmeler, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, Cilt 32, Sayı 2, Sayfa 115-117.

Tengilimoğlu, D. (2020). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, 5. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Tirgil, M. (2018). *Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların ve Hasta Yakınlarının Beklenti ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.

Tok, N., & Öztürk, O.Ö. (2021). Evde Bakım Hizmetleri, Teknik Rapor: 15/2021-1.
<https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2021/12/EVDE-BAKIM-HIZMETLERI.pdf>.

Tomita, S., Hoshino, E., Kamiya, K., Yasuhiro, O., & Rahman, M. (2020). Direct and Indirect Costs of Home Healthcare in Japan: A Cross-Sectional Study, *Health & Social Care in The Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.12945>.

Trant, A., Szekely, B., Mougalian, S., Dıgiovanna, M., Sanft, T., Hofstatter, E., Silber, A., Adelson, K., Chagpar, A., Killelea, B., Horowitz, N., Lannin, D., Park, T., Corso, M., Abraham, G., Pollard-Murphy, K., Sturrock, T., Knill-Selby, E., Western, A., Servodidio, C., Tasoulis, M., Healy, B., Hatzis, C., & Pusztai, L. (2019). The Impact of Communication Style on Patient Satisfaction, *Breast Cancer Research And Treatment*, 176, 349-356. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05232-w>.

Türken, A., Kurt, M. E., Çakmak, M. A., & Çakmak, C. (2023). Multidisipliner Çözümler Işığında Sağlık Yönetimi: Evde Sağlık Hizmetleri ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 40, 1276-1289.

TÜSEB. (2021). Evde Sağlık Hizmetleri Raporu, Sayfa:44-45

Uçakkuş, P. (2018). *Evde Bakım Hizmeti Alan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.

Uçar, T.N. (2020). *KKTC Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti ve Memnuniyeti Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.

Uslu, Y. D. (2022). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış, *Değerli Kooperatif Dostları*, 30.

- Uyumaz, G., Mor-Dirlik, E., & Çokluk, Ö. (2016). Açımlayıcı Faktör Analizinde Tekrar Edilebilirlik: Kavram ve Uygulama, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 16(2), 659- 675.
- Üstün, S., & Cezlan, E. Ç. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 353-364. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.904973>.
- Voutilainen, A. (2016). Meta-Analysis: Complex Relationships Between Patient Satisfaction, Age And Item-Level Response Rate, *Journal of Research In Nursing*, 21, 611- 620. <https://doi.org/10.1177/1744987116655595>.
- Vural, A., Yılmaz, S., & Urnek, S. (2025). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Çalışanların İş Doyumu Arasındaki İlişki, *Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 2(1), 1-14.
- Wang, H., Jia, J., Fan, Y., Chen, H., Lou, Y., Wang, X., & Huang, X. (2024). Impact of Inpatient Self-Efficacy and Trust In Physicians on Inpatient Satisfaction with Medical Services: The Mediating Role Of Patient Participation in Medical Decision-Making, *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1364319>.
- Wang, Q., Fan, K., & Li, P. (2022). Effect of the Use of Home and Community Care Services on the Multidimensional Health of Older Adults, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215402>.
- Watkins, M. W. (2018). Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice, *Journal of Black Psychology*, 44(3), 219-246. <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>.
- Wijayanti, F., & Wijaningsih, K. (2023). The Relationship Between Nurses' Caring Behavior and The Level of Patient Satisfaction, *Nursing Update: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan* P-ISSN: 2085-5931 e-ISSN: 2623-2871. <https://doi.org/10.36089/nu.v14i4.1826>.
- Waroonkun, T. (2018). The Environmental Factors Affecting Service Satisfaction of Community Hospital, *Journal of Design and Built Environment*. <https://doi.org/10.22452/JDBE.VOL18NO1.3>.
- World Health Organization. (2018). Delivering Quality Health Services, Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention*. Geneva: WHO.
- Yağar, F. (2022). Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Hasta Beklentilerinin Doküman Analizi Yöntemi ile İncelenmesi", *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 48, Denizli, Sayfa: 203-214.
- Yalçın, N., & Turan, N. (2020). Evde Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Personeli Davranışlarının Hasta Memnuniyetine Etkisi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 7(1), 89–97.
- Yanartaş, F. (2023). *Evde Sağlık Hizmeti Alan ve Almayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi, Yalnızlık ve Ölüm Korkusu*, Yüksek Lisans Tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, 2023.
- Yeşilyurt O. E. (2016). *Sağlık Kurumlarında İletişimin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri (Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi.

- Yıldırım, G., Akyurt, N., Güler, İ., & Sina, İ. (2024). Batı Afrika'da Nijer-Türkiye Dostluk Hastanesi'nde "Hasta Memnuniyeti" Üzerine Yapılmış Araştırma, *Journal of Inonu University Health Services Vocational School/İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1).
- Yıldız, S., & Yıldız, S. E. (2011). Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars'taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri'nde Bir Araştırma, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 6(2), 125-140.
- Yılmaz, D. S., Açıkgöz, A., Çevik, C., Selçuk, K. T., & Uçku, R. (2013). Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler, *Merhaba*, 105.
- Yılmaz, M. Şara, E. (2014). Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2014; 1(2):117-127
- Yılmaz, V., & Güleç, P. A. G. (2021). Üniversite Öğrencilerinin Küresel İklim Değişikliğine Yönelik Görüşlerinin Araştırılması: Bir Yapısal Eşitlik Model Önerisi, *İzmir İktisat Dergisi*, 36(1), 1-12. <https://doi.org/10.24988/ije.202136101>.
- Yılmaz, M., & Güleç, D. (2017). Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(2), 75–83.
- Yurdakul, K., Alakaş, H. M., & Eren, T. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması: Araç Rotalama ve Ekip Çizelgeleme, *JTOM* (5)2, 703-720.
- Yurtseven, İ. (2020). *Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Hastaların İnfomal Primer Bakım Verenlerinin Bakım Yükü ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri*, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Yurtsever, C. Atasoy, V. Aykanat & Yurtsever, B. (2024). Characteristics of Patients Receiving Home Care Services from A Tertiary Care Facility and Examination of Provided Medical Services, *Genel Tıp Dergisi*. 2024;34(4):472-5.
- Yücenur, G. N., Demirel, N. Ç., Ceylan, C., & Demirel, T. (2011). Hizmet Değerinin Müşterilerin Davranışsal Niyetleri Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile Ölçülmesi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 12(1), 156-168.
- Zhou, R., Cheng, J., Wang, S., & Yao, N. (2021). A Qualitative Study of Home Health Care Experiences Among Chinese Homebound Adults. *BMC Geriatr* 21, 309 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02258-y>

EKLER

EK-1.: Araştırma İzni



T.C

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAşTIRMALARI SAğLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	29/03/2024
Protokol No	03/25
Araştırma Başlığı	Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği
Araştırma Türü	Nicel- Tarama (tanımlayıcı)
Araştırmacılar	Senanur KILIÇ (Sorumlu Araştırmacı) Dr. Öğr. Üyesi Hümeıra SADAKLIOğLU (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Ağıklama: - Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. - Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

EK-2.: Anket Formu

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programında sürdürülen “Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzincan İli Örneği” adlı tez çalışmasının araştırma bölümü için hazırlanmıştır.

Vereceğiniz bilgiler yüksek lisans tez çalışmasının amacı dışında kullanılmayacaktır. Değerli vaktinizi ayırıp bu araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Senanur KILIÇ
Yüksek Lisans Öğrencisi
Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi
Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra SADAKLIOĞLU
Tez Danışmanı
Erzincan Binalı Yıldırım

A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

Anketi Dolduran Kişi:

a) Hasta

b) Hasta Yakını

a. Hastanın Yaşı

- a) 18 yaş altı b) 19-29 yaş arası c) 30-40 yaş arası d) 41-51 yaş arası
b) 52-62 yaş arası f) 65 yaş üzeri

b. Hastanın Cinsiyeti

- a) Kadın b) Erkek

c. Hastanın Eğitim Düzeyi

- a) Okuryazar Değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise
f) Üniversite

d. Hastanın Sosyal Güvencesi

- a) Var b) Yok

e. Hastanın Evde Sağlık Hizmeti Alma Sebebi

- a) Yatağa Bağımlılık, Felç
b) Ameliyat Sonrası Bakım
c) Yaşlılık
d) Terminal Dönem, Kanser
e) KOAH, Akciğer ve Solunum Sistemi Rahatsızlıkları
f) Kronik Rahatsızlık
g) Alzheimer
h) Fiziksel ve Zihinsel Engellilik Durumu
i)

f. Evde Sağlık Hizmetini Ne Kadar Süredir Alıyorsunuz?

- a) 1 ay ve daha az b) 1-6 ay arası c) 6-12 ay arası d) 1-5 yıl arası
b) 5-10 yıl arası f) 10-15 yıl arası g) 15 yıl ve üzeri

g. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasından Önce Hastanın Sağlık Hizmeti İhtiyacı Nasıl Karşılanıyordu?

- a) Sağlık Ocağı
b) Hastane
c) Özel Sağlık Hizmeti
d) Tanıdık Sağlık Çalışanı
e) Aile Bireyi

B. GENEL BİLGİLER

Aşağıdaki ifadeler aldığımız evde sağlık bakım hizmetinden duyduğunuz memnuniyeti belirlemeye yöneliktir. Aşağıda bulunan yargılara katılma derecenizi size en uygun olan kutucuğu seçerek belirtiniz.

	EVDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA MEMNUNİYETİ	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
1.	Hizmete ilk müracaatımdan sonra geri dönüş yapılarak ilk ziyaret için randevu verilme sürecinden memnun kaldım.					
2.	Hizmetten faydalanmak için gerekli resmi başvuru işlemlerinde herhangi bir engel ile karşılaşmadım.					
3.	İlk ziyaret sonrasında verilecek hizmetler hakkında yeterince bilgilendirildim.					
4.	Ziyaret günlerime tam zamanında geliniyor.					
5.	Hizmet sürecinde istek ve şikayetlerim dikkate alınıyor.					
6.	Hizmet sürecinde kullanılan ilaç, ekipman ve tedavi yöntemi ile ilgili bana ve aileme yeterli bilgi verildi.					

7.	Hizmet süresince Evde Bakım Hizmeti ekibinin davranışları yeterince nazık, saygılı ve duyarlıdır.					
8.	Sağlık personeli verdiği hizmet boyunca dikkatli ve becerikliydi.					
9.	Hizmet süresince aileme ve herhangi bir yakınımına sağlanacak bakımla ilgili yeterli bilgi verildi.					
10.	Herhangi bir konuda bilgi almak istendiğinde personelden yeterli bilgi alınabiliyor.					
11.	Sağlık personeli hizmet süresince hastaya yeterince zaman ayırıyor.					
12.	Hizmet süresince sağlık personeli ile kolaylıkla ve çekinmeden iletişim sağlanabiliyor.					
13.	Sağlık problemi ile ilgili her türlü ihtiyaç durumunda veya acil durumlarda uzman kişilere ulaşılabiliniyor.					
14.	Sağlık problemi ile ilgili her türlü ihtiyaç durumunda veya acil durumlarda sağlık kuruluşuna kolayca ulaşılabiliniyor.					
15.	Evde Sağlık Hizmetine gereksinim duyan herhangi birine hizmeti rahatlıkla tavsiye edebilirim.					
16.	Sağlık personeli hasta mahremiyeti konusunda yeterince dikkatli davranıyor.					
17.	Yapılacak işlemler için alınan rıza onam ile ilgili yeterince bilgilendirme yapılıyor.					
18.	Sağlık personeli hizmet süresince görevinde yeterince istekli davranıyor.					
19.	Sağlık personeli hizmet süresince hijyen kurallarına yeterince dikkat ediyor.					
20.	Sağlık personeli hizmet süresince kıyafet, eldiven ve maske kullanımı konusuna yeterince özen gösteriyor.					

1. Genel Olarak Aldığınız Evde Sağlık Hizmetinden Memnun Olma

Derecenizi Belirtiniz.

- a) Çok Memnunum b) Memnunum c) Fikrim Yok d) Memnun Değilim
e) Hiç Memnun Değilim

2. Evde Sağlık Hizmeti Sürecinde Sizce Hangi Konu Daha Önemlidir?

- a) Hizmetin Kalitesi b) Hizmetin Maliyeti

a. Aldığınız Evde Bakım Hizmetinde Sizinle İlgilenilmediği ve Sağlığınızın Önemsenmediğini Hissettiniz mi?

- a. Evet b) Hayır

b. Eğer Cevabınız “Evet” ise nedenini belirtir misiniz?

.....

ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı: Senanur KILIÇ	
Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Fakülte	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Bölümü	Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans	
Üniversite	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Enstitü Adı	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı	Sağlık Yönetimi
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Makale ve Bildiriler (Varsa)	
1.SADAKLIOĞLU, H., KILIÇ, S. (2025). <i>Determining the Satisfaction Levels of Patients Benefiting from Home Health Care Services: A Case of Erzincan Province</i> . 10. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Sivas. (Sözlü Bildiri)	